S. Elstner | C. Schade
A. Diefenbacher (Hrsg.)



Starterkit Klinikalltag

mit Schwerpunkt Psychiatrie

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

S. Elstner | C. Schade
A. Diefenbacher (Hrsg.)

Starterkit Klinikalltag



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

S. Elstner | C. Schade
A. Diefenbacher (Hrsg.)

Starterkit Klinikalltag

mit Schwerpunkt Psychiatrie

mit Beiträgen von

O. Andlauer | J. Berg-Peer | R. Burian | C. Dambacher | A. Diefenbacher
A. Dreher | S. Elstner | R. Gantenbein | E. Hahn | C. Hanon | M. John
N. Jovanovic | B. Klee | C. Klinger | A. Knoke | T. Kratz | U. Kropp | E. Lackner
M. Lang | S. Levy | U. Reichwaldt | W. Reichwaldt | M. Rojnic Kuzman
N. Sartorius | C. Schade | E. Schlauß | S. Sommerick | M. Stieglitz | K. Uebelhack
B. Vorderwülbecke | C. Wein | E. Weiß | M. Wolf | A.-S. Zank-Wins | S. Zepperitz

 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Herausgeber

Dr. med. Samuel Elstner, MBA
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Berliner Behandlungszentrum für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Prof. Dr. Albert Diefenbacher, MBA
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dr. med. Christoph Schade
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstraße 11
10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-461-0 (Open Access PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Produkt-/Projektmanagement: Susann Weber, Berlin
Druck: Printed in Germany

Zuschriften und Kritik an:
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Die Autoren

Dr. Olivier Andlauer
European Psychiatric Association
15 avenue de la Liberté
67000 Strasbourg
Frankreich

Janine Berg-Peer
BApK – Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
Fechnerstr. 12
10717 Berlin
und
EUFAMI – European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
Diestsevest 100
3000 Leuven
Belgium

Dr. med. Ronald Burian
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dipl.-Psych. Claudia Dambacher
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Prof. Dr. Albert Diefenbacher, MBA
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Annegret Dreher
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dr. med. Samuel Elstner, MBA
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Berliner Behandlungszentrum für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Reto Gantenbein
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dr. med. Eric Hahn
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Cécile Hanon
Secretary for Education
European Psychiatric Association
15 avenue de la Liberté
67000 Strasbourg
Frankreich

KOR (Kriminaloberrat) Martin John
Der Polizeipräsident in Berlin
Polizeiabschnitt 64
Nöldnerstr. 35
10317 Berlin

Dr. Nikolina Jovanovic
European Psychiatric Association
15 avenue de la Liberté
67000 Strasbourg
Frankreich

Dr. med. Bodo Klee
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Zentrum Interdisziplinäre Intensivmedizin
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dr. med. Cornelia Klinger
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Alexander Knoke
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Prof. Dr. med. Torsten Kratz
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Uwe Kropp
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Pflegedirektion
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Eva Lackner
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dr. med. Manfred Lang
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Sabina Levy
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dipl.-Theologe Uwe Reichwaldt
c/o Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Winfried Reichwaldt
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dr. Martina Rojnic Kuzman
European Psychiatric Association
15 avenue de la Liberté
67000 Strasbourg
Frankreich

Prof. Norman Sartorius, MD, PhD, FRCpsych
President
Association for the Improvement of Mental Health Programmes
14 Chemin Colladon
1209 Genf
Schweiz

Dr. med. Christoph Schade
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dipl.-Gerontologe Eckhard Schlauß
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Stabsstelle bei der Pflegedirektion
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Sophie Sommerick
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Matthias Stieglitz
Ärztehaus Virchow
Reichenberger Straße 3
13055 Berlin

Dr. med. univ. Konrad Uebelhack
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dr. med. Bernd Vorderwülbecke
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Neurologie
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Dr. med. Claudia Wein, M.A.
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Stabsstelle Medizinisches Marketing,
Neue Versorgungsformen
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dipl.-Psych. Eva Weiß
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dr. med. Maike Wolf
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Pastor André-Sebastian Zank-Wins
Diakonie-Hospiz Lichtenberg gGmbH
Hospizleitung
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Dipl.-Päd. Sabine Zepperitz
Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Berliner Behandlungszentrum für erwachsene Menschen
mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung
Herzbergstr. 79
10365 Berlin

Vorwort

Bei jedem Berufseinstieg gibt es Unsicherheiten: Die Anwendung des theoretischen Wissens im Praxisalltag ist eine nicht zu unterschätzende Transferleistung. Alleine das Abrufen relevanter Informationen für die konkrete Situation, die Kategorisierung, welche Priorität diesen abgerufenen Fakten zugewiesen werden muss, und schlussendlich die praktische Anwendung einer vor allem theoretisch gelernten Tätigkeit stellen große Herausforderungen für alle Berufsanfänger dar.

Doch wie gehen Sie mit Situationen um, die in keinem Lehrbuch stehen und die auch in der schriftlichen und mündlichen Prüfung nicht abgefragt wurden? Was tun Sie, wenn es nicht mehr um reine Fakten geht, sondern, wenn Ihr Patient sich plötzlich anders verhält, als Sie es erwartet haben? Und überhaupt ist es erst einmal ziemlich unerheblich, ob Ihr Interaktionspartner ein Patient oder ein Angehöriger, Vorgesetzter, Kollege oder Mitarbeiter ist.

Oder Sie müssen sich plötzlich in ungeahnter und ungewohnter Heftigkeit mit sich selbst auseinandersetzen. Sie erleben sich vielleicht, wie Sie es noch nie vorher von sich kannten – mit Sorgen, Ängsten und Unsicherheiten.

Oftmals zögert man gerade als Anfänger, sich an einen erfahrenen Kollegen zu wenden. Obwohl es inhaltlich natürlich Sinn macht, dass Sie sich in kritischen Situationen Unterstützung holen, haben Sie vielleicht doch Vorbehalte, diesen Schritt zu gehen. Haben Sie sich nicht auch schon einmal die Frage gestellt: „Hält man mich, wenn ich frage, für einen Schwächling?“

Um sich einem Ihrer Kollegen oder Vorgesetzten anzuvertrauen, müssten Sie diese ja zunächst ein wenig kennenlernen. Jedoch gerade zu Beginn Ihrer Tätigkeit und nicht erst nach einer gewissen Eingewöhnungs- und Kennenlernphase werden Sie auf solche Probleme stoßen.

Dieses Buch versucht, gerade diese Lücke zu füllen. Wir haben in unserer Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik langjährige Erfahrung mit der Ausbildung von Berufseinsteigern. In den Feedbacks zu unserem bereits seit Jahren praktizierten und stets weiterentwickelten, strukturierten Einarbeitungskonzept ist uns immer wieder von den jungen Mitarbeitern gesagt worden, dass auf dem großen medizinischen Fachbuchmarkt ein solches Hilfs- und Unterstützungsangebot zu den „Alltagsthemen zwischen den Zeilen im Bereich der ärztlichen Gesundheitsversorgung“ fehlt. Wir haben als Herausgeber deswegen darauf geachtet, nicht nur langjährige Fachärzte und Experten in der Gesundheitsversorgung als Autoren zu gewinnen, sondern auch Ärzte und andere Berufsgruppen, die sich noch in ihrer Ausbildung befinden und frische Erinnerungen an die Zeit ihres Berufseinstiegs haben.

Obwohl wir vornehmlich Probleme aus dem psychiatrischen Bereich kennen und schildern, enthält dieses Buch auch interessante Aspekte für den nicht-psychiatrisch tätigen Arzt. Das Buch versteht sich als ein hilfreicher Begleiter für alle Ärzte, die sich unsicher fühlen, insbesondere wenn es um intra- und interpersonelle Probleme geht.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit haben wir uns auf die männliche Schreibform beschränkt. Wir wollen jedoch hervorheben, dass wir dies explizit als neutrale Anrede verstanden sehen wollen.

Machen Sie es – gerade in den ersten Monaten Ihrer ärztlichen Tätigkeit – zu Ihrem ständigen Begleiter, es wird Ihnen helfen, die „kleinen", „menschelnden" Probleme des ärztlichen Berufsalltags zu meistern.

Das Buch wird Sie unterstützen, die ärztliche Kunst als Zusammenspiel von menschlichen und fachlichen Fertigkeiten als Ganzes zu verstehen und zu entwickeln.

Wir wünschen Ihnen viel Freude mit dem Starterkit und sind für jede Rückmeldung und Anregung dankbar!

Berlin, im Februar 2015

Samuel Elstner

Christoph Schade

Albert Diefenbacher

Inhalt

Einleitung: Zum unkomplizierten Umgang mit dem Buch – Was steht wo? Wo finde ich was?

Die erste Sektion wollen wir als schnelle Hilfe für Grundfragen im Alltag und Bewältigung schwieriger Situationen verstanden wissen.

Die ersten 4 Unterkapitel beschäftigen sich mit der Wechselwirkung zwischen den allgemeinen Einstellungen, Werten und Erwartungen, die Sie als Arzt zu Beginn Ihrer praktischen Tätigkeit mitbringen, und der Wirklichkeit vor Ort. Dies beginnt mit grundlegenden Überlegungen, warum man Arzt wird (s. Kap. I.1), geht weiter mit einer Reflektion über das Rollenbild des Arztes (s. Kap. I.2) und schließt mit der Konfrontation mit der Wirklichkeit ab (s. Kap. I.3). Zuletzt erfolgt ein großer Überblick über die ärztliche und vor allem psychiatrische Tätigkeit am Anfang des Arbeitslebens und die damit verbundenen Herausforderungen (s. Kap. I.4)

In der zweiten Hälfte der ersten Sektion sollen Ihnen Hinweise zur Bewältigung immer wieder auftretender intra- und interpersonell herausfordernder Situationen gegeben werden. Der Umgang mit dem eigenen Ärger (s. Kap. I.5) oder eigenen Fehlern (s. Kap. I.6), die hilfreiche Kommunikation mit und Unterstützung von in Krisen geratenen Patienten (s. Kap. I.7), die richtige und sichere Handhabung von entstehender Gewalt und deren Deeskalation (s. Kap. I.8) und der wertschätzende und Halt gebende Umgang mit älteren, verwirrten Menschen (s. Kap. I.9) sind typische Problemstellungen, die recht schnell in Ihrer beruflichen Karriere auftauchen werden. Das Kapitel I.10 soll Orientierung bei dem für Ärzte schwierigen Thema „Sterben im Krankenhaus“ geben. Die erste Sektion schließt mit einem Plädoyer für einen sinnvollen Einbezug von Angehörigen in die ärztliche Tätigkeit ab, der Ihnen letztendlich die Arbeit mit dem Patienten sehr erleichtern kann (s. Kap. I.11).

In der zweiten Sektion finden Sie vor allem hilfreiche Anregungen zum Arbeitsalltag. Das fängt bei der eigenen Organisation des Tages mit unter anderem auch lästigen ärztlichen Pflichten an. Da wir dies als sehr wichtig empfanden, haben wir sowohl professionelle, erfahrene Autoren (s. Kap. II.1) als auch einen jungen Assistenzarzt (s. Kap. II.2) aus jeweils ihrer Perspektive für ein Unterkapitel gewinnen können. Daran schließen sich zwei weitere Beiträge über die klassischen Krankenhauskonfliktfelder im Umgang mit der pflegerischen Berufsgruppe (s. Kap. II.3) oder den ärztlichen Kollegen anderer Fachdisziplinen im Konsildienst und Notaufnahme an (s. Kap. II.4). Das Kapitel II.5 nimmt zum Vorhergehenden einen Perspektivwechsel vor und schildert die Sicht eines Notfallmediziners im Umgang mit dem Psychiater. Abgerundet wird dieses Kapitel durch einen Appell eines niedergelassenen Arztes an den Klinikarzt (s. Kap. II.6).

Sektion III: Spätestens nach einem viertel Jahr praktischer Tätigkeit als Arzt bereut man es, sozialmedizinischen Themen im Studium nicht mehr Aufmerksamkeit gewidmet zu haben.

Sie werden schnell merken, dass Fragen an Sie herangetragen werden, die genau dieses Themenfeld betreffen: „Wer kann mich wie weiterbehandeln?“, „Kann ich

wieder arbeiten gehen?“, „Der Patient kann doch so nicht mehr allein wohnen?“ All das sind typische Problemstellungen, mit denen Sie konfrontiert werden.

Informationen über unser in Versorgungssektoren gegliedertes Gesundheitssystem (s. Kap. III.1), Möglichkeiten zum Wiedereinstieg in den Beruf (s. Kap. III.2) und Unterstützung beim Wohnen (s. Kap. III.3) können Ihnen hierzu eine gute Erinnerungshilfe für das Gelernte aus dem Studium sein. Kapitel III.4 ergänzt dieses Gebiet um die rechtlichen Grundlagen im Umgang mit fraglich einsichtsfähigen Patienten – ein Thema, das die gesamte Medizin betrifft. Daran schließt sich der Beitrag eines Polizeibeamten mit den Überlegungen zu einer guten Zusammenarbeit mit Klinikärzten an (s. Kap. III.5). Der letzte Beitrag (s. Kap. III.6) dieser Sektion ist eine Skizze der aktuellen Ideen zur Einführung eines neuen Abrechnungssystems – speziell für die Psychiatrische Krankenhausversorgung. Dennoch kann dieser kleine Einblick in die Grundsätze und Denkweisen der Gesundheitsökonomie für alle Ärzte sehr interessant sein und zur Erweiterung Ihres Erfahrungsschatzes im Verständnis von Abrechnungssystemen dienen!

In den beiden ersten Beiträgen der Sektion IV werden grundlegende ärztliche Untersuchungsmethoden in den Fokus gestellt. So segensreich und unverzichtbar die moderne apparative Diagnostik ist, so erfüllend und bereichernd können die althergebrachten Untersuchungsmethoden „Beobachten“, „Reden“, „Anfassen“ und „Reflektieren“ sein, wie sie schon seit hunderten, ja tausenden von Jahren von unseren ärztlichen Vorgängern praktiziert wurden. So haben wir diese bewährten Techniken in dem Kapitel IV.1 aus neurologischer Sicht und in Kapitel IV.2 aus psychiatrischer Sicht von erfahrenen, aber noch viel im praktischen Alltag stehenden Autoren beschreiben lassen.

Nicht minder interessant, aber genauso speziell ist der entwicklungspsychologische Betrachtungsansatz des Kapitels IV.3, der sich zwar explizit auf die psychiatrische Untersuchung von Menschen mit geistiger Behinderung bezieht, jedoch durchaus Anregung zu der Überlegung bietet, gewisse Aspekte auch auf nicht intelligenzgeminderte Patienten zu übertragen.

Obwohl sich die Sektion V mit typisch psychiatrischen Störungsbildern beschäftigt, raten wir auch somatisch tätigen Ärzten vor diesem Kapitel nicht zurückzuschrecken.

Psychiatrische Störungen treten komorbid in allen somatischen Fachdisziplinen auf. Ein grundlegendes Verständnis für diese Störungsbilder und praxisnahe Ratschläge im Umgang mit den betroffenen Patienten können den Alltag auch in einem somatisch orientierten Arbeitsbereich deutlich erleichtern. So erfahren Sie praktische Hinweise zum Umgang mit dementen Patienten (s. Kap. V.1). Im Kapitel V.2 werden Ihnen ressourcenschonende und effektive Ratschläge im Umgang mit substanzabhängigen Patienten gegeben, ein Problem, das in allen medizinischen Gebieten eine Rolle spielt. Die Kapitel V.3 und V.4 geben Anregungen zu milieu- und kontaktgestalterischen Herangehensweisen bei der Betreuung von Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis bzw. manischen Episoden. Das Kapitel V.5 und V.6 schließen diese Sektion mit Gedanken zur Psychotherapieausbildung und -anwendung im psychiatrischen Alltag und zur internationalen Vernetzung ab.

I. Ärztliche Haltung im Alltag – praktische Tipps

1. Warum werde ich Arzt? Warum werde ich Psychiater?

Samuel Elstner

Motive für den Arztberuf

Es gibt viele Beweggründe, warum man Arzt werden möchte. Manche werden es aus alter Familientradition, andere wollten bereits in der Kindheit Arzt werden, weil sie ihren Kinderarzt, Hausarzt oder gar Zahnarzt toll fanden. Andere haben erst spät im Laufe ihrer Entwicklung den Wunsch, Arzt zu werden. Egal wann dieser Wunsch auftritt, er ist doch meist verbunden mit der Idee, das Leben der Menschen, die sich einem zuwenden, zu erleichtern oder zu verbessern. Der Wunsch, Leidenden („Patienten") zu helfen, ist bei den meisten am Anfang das Leitmotiv.

Oftmals ist der Mensch an sich jedoch nicht rein altruistisch veranlagt. Hinter dem scheinbar selbstlosen Wunsch nach Hilfestellung steckt auch ein egoistisches Motiv. Sei es die nach Hilfeleistung zu erwartende Anerkennung, sei es die wissenschaftliche Neugier nach der Funktionsfähigkeit des menschlichen Organismus oder schlichtweg der mit dem Arztberuf anscheinend verbundene Wohlstand. Alle diese Gründe sind nicht verwerflich, sondern durchaus berechtigt. So ist es ganz normal, dass man sich einen Beruf auswählt, in den man seine eige-

nen Talente mit der Möglichkeit des größtmöglichen Profits für einen selbst einbringen kann.

Oftmals ist das Erlernen des Berufes das erste große Hindernis. Das sehr lern- und zeitintensive Medizinstudium mit hohem Frustrationspotenzial stellt eine Hürde dar und nimmt somit eine wichtige Filterfunktion ein. Auch Sie haben sicherlich sehr schnell gelernt, dass Sie für Anerkennung oder Befriedigung der wissenschaftlichen Neugier in Vorleistung gehen müssen. Haben Sie jedoch einmal diese Hürde genommen und das Studium erfolgreich mit dem letzten Staatsexamen abgeschlossen, so dürfen Sie meist jedoch nicht erwarten, dass nun die Mühe zu Ende ist und Sie nur noch das erleben, weshalb Sie das Studium überhaupt begonnen haben. Recht schnell wird Ihnen als Berufsanfänger klar werden, dass hier ebenso Zwänge herrschen, an die Sie vorher gar nicht gedacht haben, und auf die das Studium auch nicht wirklich vorbereiten konnte.

Verantwortung

Es gibt viele ärztliche Kollegen, die sich an ihre ersten Wochen bis Monate zu Beginn ihres Berufslebens mit Bauchschmerzen erinnern. Kaum, dass sie neu auf Station waren, ist der bereits mehrere Jahre erfahrene Assistenzarztkollege nach nur wenigen Tagen Einarbeitungszeit in Urlaub gegangen. Plötzlich fühlten sie sich als Berufsanfänger allein auf Station. Sie standen einer Menge von erwartungsvollen Patienten, Pflegekräften und anderen Therapeuten sowie Vorgesetzten gegenüber. Da sie natürlich alles gut machen möchten und nicht gleich negativ auffallen wollten, strengten sie sich nun erst recht an. Wenn sie eines im Studium gelernt hatten, dann ist es einfach durchzuarbeiten ohne lange zu fragen. Sicherlich ist es gut, Herausforderungen zunächst anzunehmen. Im Laufe eines Arbeitslebens gerät man immer wieder an Herausforderungen, die einen eher wachsen lassen, als dass man an ihnen zerbricht. Dennoch ist es gerade für Sie als Einsteiger wichtig, Ihre eigenen Kompetenzen gut einschätzen zu können und frühzeitig um Unterstützung zu bitten. Denn letztlich ist es so, dass Sie immer für Ihre Tätigkeiten und Handlungen verantwortlich sind.

Mut

Es ist richtig, dass Ihr Arbeitgeber Ihnen eine Struktur bereitstellen muss, mit der Sie die Arbeit bewältigen können. Dies fängt bei den Arbeitsmaterialien, wie zum Beispiel Räumlichkeiten, PC, Diktier- und Schreibmöglichkeit, an und hört bei einer organisierten fachärztlichen Betreuung auf. Diese Ausstattung sollten Sie nutzen. Finden Sie eine Ausstattung vor, die Ihnen eine geregelte Arbeit unmöglich macht, so sollten Sie dies konstruktiv mit Ihrem Vorgesetzten besprechen. Sicherlich gilt es auch hier, das richtige Augenmaß zu behalten. Schauen Sie sich Ihre Kollegen an. Schaffen die Kollegen unter diesen Voraussetzungen ihre Arbeit? Ist es eher ein Hardwareproblem? Gibt es ein Organisations- und Strukturproblem? Oder bedürfen Sie einfach noch etwas mehr Anleitung? Mit all diesen Fragen riskieren Sie sicherlich, unangenehm aufzufallen. Kaum sind Sie da, fangen Sie schon an, Forderungen zu stellen. Aus diesem Grund ist es natürlich

wichtig, in welcher Form, zu welchem Zeitpunkt und an welche Personen Sie Ihre Fragen richten. Vielleicht ist es – je nach dem Ausmaß der möglichen Folgen – auch gut, zuerst einmal eine kurze Zeit zu beobachten, Versuche zu starten, die Situation selbst in eine positive Richtung zu wenden, und sich erst danach Hilfe von außen zu holen. Hierbei sollten Sie aber auch Ihre vorherigen Beobachtungen und Ihre eigenen Veränderungsbemühungen mit vorbringen. In einem qualitätsorientierten und modernen Betrieb wird dieser Mut und die vorher gezeigte Eigeninitiative gedankt und wertgeschätzt.

Engagement

Kennen Sie das auch? Sie sind voller Enthusiasmus, fühlen sich Situationen auch fachlich gewachsen und werden durch eher ermüdende und scheinbar unsinnige Begleitumstände zermürbt. Dies kann Ihnen als Arzt durchaus mehr oder weniger schnell passieren. Sie werden sehr schnell merken, dass die ärztliche Tätigkeit nicht nur aus Patientenuntersuchung, Diagnosestellung und Therapie, die mit der Entlassung eines glücklichen und geheilten Patienten endet, besteht. Zu diesem Diagnostik- und Behandlungsprozess gehört eben auch die Zusammenarbeit mit vielen weiteren Interessensgruppen. Hier ist zunächst das Team auf der Station zu nennen. Jede Berufsgruppe hat ihre eigenen Regelungen, was sie von der anderen Berufsgruppe verlangt. Manchmal müssen Sie als Arzt aus rechtlichen Gründen Dinge anordnen oder detailliert ausformulieren, von denen Sie denken, dass sie doch ganz selbstverständlich seien. Gelegentlich tritt sogar ein viel schlimmerer Fall ein: Sie müssen etwas anordnen, von dem Sie selbst fachlich weit weniger wissen als die jeweilige therapeutische Gruppe. Hier sei als Beispiel die Verordnung spezieller physiotherapeutischer Techniken genannt. Eine weitere wichtige Interessensgruppe ist die Verwaltung, die die Formalitäten, zum Beispiel die Kostenabklärungen mit den Krankenkassen, für Sie erledigt. Damit die Kollegen in der Verwaltung jedoch ihre Arbeit machen können, müssen Sie ihnen zuarbeiten, zum Beispiel in Form von medizinischen Begründungen für bestimmte therapeutische/diagnostische Maßnahmen oder die Aufenthaltsdauer. Ebenso gibt es die Interessensgruppe der weiterbehandelnden ambulanten Ärzte, die an einer möglichst schnellen und lückenlosen Informationsüberleitung interessiert sind. Auch hier ist dafür zu sorgen, dass der Arztbrief mit den notwendigen Informationen zur weiteren Behandlung möglichst schnell nach der Entlassung, am besten mit dem Patienten selbst, an den niedergelassenen Kollegen geht. Und zuletzt einige Interessensgruppen, die im Falle von Schwierigkeiten und Problemen für Sie erst in der Zukunft interessant werden: der medizinische Dienst der Krankenkassen im Falle von Behandlungsüberprüfungen oder das rechtsstaatliche System im Falle von Überprüfungen bezüglich ärztlicher Fehlbehandlung. Aus diesem Grund ist es wichtig, jeden Patienten- und Angehörigenkontakt und jede medizinische Besprechung mit den dazugehörigen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen zu dokumentieren. Letztlich müssen im Nachhinein der gesamte stationäre Ablauf und Ihre ärztlichen Entscheidungen auch für einen Externen und nicht nur für Sie selbst nachvollziehbar sein.

Die Befriedigung all dieser Interessensgruppen kann die Freude am ärztlichen Beruf manchmal trüben. Durch eine gute Selbstorganisation ist jedoch der Aufwand in einem erträglichen Rahmen zu halten. Sträuben Sie sich nicht gegen diese wichtigen Angelegenheiten. Sehen Sie sie als notwendige Voraussetzung, damit Sie danach genug Zeit haben, die Freude und Ihr Engagement an Ihrem Arztberuf genießen zu können.

Frustrationstoleranz und realistische Selbsteinschätzung

In Deutschland ist der Beruf des Arztes einer der Berufe mit der höchsten sozialen Anerkennung. Dies ist sicher auch gut nachzuvollziehen, da die im medizinischen Bereich tätigen Menschen dabei helfen, einen die Lebensqualität beeinträchtigenden Zustand zu beheben. Gelingt dies, so ist man dem Arzt und dem Behandlungsteam sehr dankbar. Diese Anerkennung ist eine Bestätigung für gute ärztliche und medizinische Arbeit. Genauso wie ein Schauspieler nicht nur allein wegen des Geldes, sondern auch wegen der ihm gezollten Anerkennung in Form von Applaus seinen Beruf ausübt, so stellt die Anerkennung auch für einen Arzt und anderen im Medizinsektor tätigen Menschen einen großen Motivationsfaktor dar. Allerdings nimmt nicht jede Behandlung auch wirklich den Verlauf, den sich der Patient wünscht. Dies kann viele Gründe haben. Zum einen kann das beim Patienten selbst liegen, der andere Erwartungen hat, als sie der Medizin zu erfüllen möglich sind, zum anderen kann es aber auch am Verlauf und den internen Behandlungsstrukturen liegen, die nicht ausreichend gut ineinander gegriffen haben. Weitere Gründe sind zum einen die Restunberechenbarkeit der Funktionsweise des biologischen Organismus, zum anderen aber natürlich die Tatsache, dass Menschen auch Fehler machen. Auch wenn es viele Ärzte nicht gern hören, wir sind eben nicht Halbgötter in Weiß. In der modernen Medizin von heute sind die Ärzte nur ein, wenn auch sehr wichtiger, Baustein in einer Kette von Behandlungsabläufen. Viele andere Berufsgruppen tragen einen ebenso wichtigen Teil zum gesamten Therapieerfolg bei. Sie erkennen sicherlich an, dass es heutzutage in einem multiprofessionellen Klinikbetrieb fast unmöglich ist, die Anerkennung bei Behandlungserfolg nur auf den Arzt fokussiert zu sehen. Das gleiche gilt aber auch für Misserfolge. Deswegen ist es umso wichtiger, dass Sie sich durch unzufriedene oder enttäuschte Patienten in Ihrem ärztlichen Selbstverständnis nicht zu sehr eingeschränkt sehen. Da Patienten häufig, durch Krankheiten konfrontiert, in psychischen Grenzsituationen sind, fallen die Reaktionen, vor allem solche der Enttäuschung, manchmal heftiger aus. Diesen Angriffen und Vorwürfen können Sie durchaus ausgesetzt sein, obwohl der Ärger vielleicht gar nichts mit Ihnen, sondern mit dem Essen auf der Station zu tun hat. Sicherlich sollten Sie die psychische Ausnahmesituation eines Patienten bedenken, können jedoch durchaus bei zu starker Grenzüberschreitung dem Patienten Ihre eigene Grenze signalisieren. Freuen Sie sich also über jede Anerkennung die Sie von einem Patienten bekommen, teilen Sie diese Anerkennung mit Ihrem Team und versuchen Sie, sich dieses Gefühl zu erhalten. Versuchen Sie im Gegenzug Kritik und Enttäuschung bei Patienten ernst zu nehmen, dies als Geschenk und Anregung anzunehmen, über das eigene Handeln und die Team-

arbeit nachzudenken, um Verbesserungspotenzial zu heben. Lassen Sie sich nicht frustrieren, doch seien Sie nicht zu sehr von sich überzeugt. Werten Sie die Meinung anderer nicht gleich ab. Behalten Sie sich eine gesunde Selbstkritik, so geraten Sie nicht in die Gefahr, eigene Fehler oder Fehler im gesamten Behandlungsverlauf zu übersehen und diese beim nächsten Patienten zu wiederholen.

Bewahren Sie sich die Ideale, die Sie hatten, als Sie den Entschluss gefasst haben, Arzt zu werden. Sehen Sie die Pflichten, die mit diesem Beruf verbunden sind, als Grundlage dafür an, die guten Seiten erst recht genießen zu können. Versuchen Sie, eine professionelle Distanz zu Ihren Patienten und Ihrer Tätigkeit zu bekommen, ohne dabei die Ideale von Menschlichkeit, Interesse am anderen und Hilfsbereitschaft opfern zu müssen. Denken Sie jedoch auch an sich selbst. Lernen Sie Ihre Grenzen kennen, sorgen Sie für sich, geben Sie nicht auf, immer nach Verbesserungen zu streben. Können Sie dies beherzigen, so werden Sie Ihr ganzes Leben lang am ärztlichen Beruf und am Umgang mit den Patienten Freude haben.

Literaturempfehlung

Bundesärztekammer (2011) (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20112.pdf (abgerufen am 27.01.2015)

2. Wie will ich von meinem Patienten wahrgenommen werden?

Samuel Elstner

Rolle „Arzt“

Wenn wir jeden Tag mit anderen Menschen kommunizieren, sind wir immer je nach Kontext in unterschiedlichen Rollen. Diese Rollen stellen zum einen an den Rollenträger selbst Anforderungen an das Verhalten, den Sprachgebrauch und das äußere Erscheinungsbild, um nur einige zu nennen. Auf der anderen Seite werden durch die Umwelt auch bestimmte Erwartungen an die Rolle geknüpft.

Die Rolle als Arzt unterliegt ebenso bestimmten Gesetzen. Diese haben sich sicher im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte gewandelt und sind von allgemeinen gesellschaftlichen Strömungen abhängig. War früher der Arzt der Halbgott in Weiß, so wünscht man sich heute eher einen fachkompetenten und einfühlsamen Berater, der dem Patienten in Gesundheitsfragen zur Seite steht.

Äußeres Erscheinungsbild

Stellen wir uns einmal das typische Bild eines Beraters vor, so entspricht dies zum Beispiel im Bankenwesen einem adrett gekleideten, nicht allzu auffällig modischen Herrn im Anzug, in der Wirtschaft kann es z.B. bei einem Workshop schon einmal lockerer, auch ohne Krawatte, zugehen, aber sogar im Bauunternehmen oder anderen handwerklichen Betrieben, bei denen während der Arbeit der Anzug eher unpassend wäre, tritt ein Berater von außen in dieser Kleidung

auf. Alles in allem scheint ein strukturiertes formales Erscheinungsbild dem Bild eines seriösen Beraters am ehesten zu entsprechen. Sieht man sich einige Kliniken, vor allem Privatkliniken, an, so kann man durchaus einige Ärzte, vor allem die „Ranghöheren", ebenso in Anzüge gekleidet antreffen. Auch der weiße Arztkittel mit darunter getragener weißer Kleidung mit weißen Strümpfen und Schuhen stellt eine Art Anzug dar. Diese Form des Anzugs findet man sehr häufig bei somatisch tätigen Ärzten. Ärzte, die psychiatrisch oder auch sozialmedizinisch tätig sind, tragen eher ihre Alltagskleidung, manchmal sogar auch Anzug. Dass in diesen Fächern der weiße Kittel eher nicht verwendet wird, liegt daran, dass man die durch die „weiße Uniform" möglicherweise geschaffene Distanz verringern möchte. Je nach Fachgebiet müssen Sie sich also überlegen, welche Wirkung Sie beim Patienten auslösen möchten und wie Sie Ihre Arzt-Patient-Beziehung gestalten wollen.

Genauso wie die Kleidung kann natürlich auch der Rest des äußeren Erscheinungsbildes eine Rolle in der Beziehung zwischen Arzt und Patient spielen.

Sicherlich ist es nicht schwer nachzuvollziehen, dass Patienten leicht irritiert werden können, wenn das Erscheinungsbild eines Arztes zu sehr von dem durchschnittlich Erwarteten abweicht. Neben der Kleidung betrifft dies die Frisur, bleibenden Körperschmuck wie Tätowierungen an offensichtlichen Stellen oder sichtbare Schmuckstücke in Körperregionen, die bisher in unserem Kulturkreis nicht üblich waren (z.B. Nasenring).

Ein weiterer wichtiger Punkt, der unbewusst eine große Rolle in der Beziehungsgestaltung spielen kann, ist der Geruch. Zu starke eigene Körpergerüche oder auch künstliche Gerüche durch Parfüm können Gestaltung des Kontaktes erschweren. Hier bestimmt sicher die Frage der Dosierung die Toleranzschwelle des Gegenübers und das Gelingen der Beziehungsgestaltung. Neben einfachen angenehmen Düften können bestimmte Gerüche auch eine unterschwellige sexualisierende Komponente haben oder mit angenehmen oder unangenehmen Erlebnissen und Erinnerungen verknüpft sein.

Weitergehende Betonung körperlicher Attraktivität durch Kosmetika oder entsprechend geschnittene Kleidung können zwar gelegentlich zu einem sehr schnellen Beziehungsaufbau führen, die jedoch aus professioneller Sicht in dieser Form grundsätzlich eher ungewollt ist.

Die vorangegangenen Zeilen sollen kein moralisches Plädoyer für ein bestimmtes äußerliches Auftreten in die eine oder andere Richtung sein. Sie sollen Sie eher dafür sensibilisieren, sich bewusst zu werden, dass Sie mit Ihrem äußeren Erscheinungsbild bereits Zeichen für die Arzt-Patient-Beziehung setzen. Manchmal kann es durchaus angebracht sein, einen provozierenden Impuls zu geben. Manchmal kann man bereits im Vorfeld erkennen, dass eine bestimmte Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes eine Veränderung auch der Arzt-Patient-Beziehung bewirken könnte.

Es ist also nicht bedeutend, ob Sie einen Anzug tragen oder in der Arztuniform des weißen Kittels dem Patienten begegnen. Vielmehr ist es wichtig, sich zu verge-

genwärtigen, welche Wirkung Ihr Auftreten beim Patienten erzielen soll und wie Sie als Arzt und Therapeut vom Patienten wahrgenommen werden möchten.

Verhalten und Sprachgebrauch

Ebenso, wie das äußere Erscheinungsbild den Kontakt in bestimmte Richtungen lenken kann, so können auch das Verhalten und der Sprachgebrauch die Beziehungsgestaltung beeinflussen. Der Arzt in seiner Beraterrolle ist prinzipiell eher der freundliche Sachverständige, der dem Patienten einen Rat erteilt und ihn unterstützt. Somit wirkt er in seinem Verhalten eher freundlich-dominant.

Die Patientenrolle der letzten Jahrzehnte hat sich, genauso wie die Arztrolle, verändert. Aus dem ungebildeten, nicht kompetenten, folgsamen Patienten ist ein fast schon ebenbürtiger Mitdiskutant auf dem Gebiet der eigenen körperlichen Gesundheit geworden. Natürlich wäre es unsinnig, zu sagen, dass der von Beruf und Ausbildung her medizinisch „unbefleckte“ Patient auf dem großen Feld der Medizin genauso viel weiß, wie derjenige, der dieses Fach studiert hat. Allerdings wäre es auch falsch, dem Patienten von heute jegliche Kenntnis absprechen zu wollen. Das ist allein schon darin zu sehen, wie viele Fachbegriffe heutzutage nicht mehr der Mehrheit der Patienten erklärt werden müssen, wie zum Beispiel „Resistenz“ oder „Antibiotika“. Das bedeutet für die Kontaktgestaltung, den Patienten nahezu auf gleicher Ebene abzuholen und seine Kenntnisse mit in die eigene Betrachtung hineinzunehmen. Als Berater sollten Sie dem Patienten erst einmal zuhören, ohne ihn zu unterbrechen, weil Sie bereits die Diagnose oder Therapiemöglichkeit wissen und hier zeitliches Einsparpotenzial sehen. Natürlich müssen Sie es aber auch schaffen, die Beratungseinheit so zu komprimieren, dass der Patient den Gesamtzusammenhang Ihrer Beratung versteht, ohne sich in zu detaillierten Sachverhalten zu verfangen.

Ebenso müssen Sie ein Gespür dafür entwickeln, wie viel medizinisches Fachwissen und Vokabular Sie Ihrem Patienten zumuten können. Auch aus diesem Grund empfiehlt es sich, dem Patienten am Anfang erst einmal ein paar Minuten zuzuhören und diese Zeit zu investieren, damit Sie sich ein Bild über sein Krankheitsverständnis machen können, und im Besonderen die Gelegenheit zu nutzen, einen Eindruck über seine bisher selbst angeeigneten Kenntnisse in Bezug auf Krankheitslehre und Fachbegriffe zu gewinnen. Zum Ende hin erspart Ihnen das wiederum viel Zeit, weil Sie Missverständnisse und die damit häufig verbundenen Diskussionen besser vermeiden können.

Dementsprechend können Sie dann sicherer bei der weiteren Kontaktgestaltung auftreten und Ihren Patienten entsprechend seiner Kenntnisse und Fähigkeiten beraten. Damit erreichen Sie das Ziel, dass sich Ihr Gegenüber wertgeschätzt fühlt, seine Bemühungen um Kenntnisgewinn im Vorfeld anerkannt worden sind und er Ihre, eventuell auch konträre, Meinung besser annehmen kann. Ziel bei Verhalten und Sprachgebrauch sollte es ja nicht sein, dass Sie dem Patienten Ihre Meinung aufdrängen und ihn zu einem Verhalten eventuell sogar überreden, hinter dem er auf längere Sicht nicht stehen kann. Erfolg versprechender ist immer eine partizipative Meinungsfindung, mit der beide Seiten ein längerfristiges und tragfähiges Bündnis schließen können.

Obwohl Sie als Arzt in der leicht überlegenen Expertenrolle sind, sollten Sie zur Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung eher den Partizipationskommunikationsstil bevorzugen. Dieser ist gekennzeichnet durch

- Kennenlernen des Kenntnisstandes Ihres Patienten zu medizinischen Sachverhalten durch Zuhören,
- Gebrauch von Ihrem Patienten geläufigen Fachwörtern und
- freundliche Beratung unter Einbeziehung der für die Lebensqualität wichtigsten Wünsche des Patienten.

Haltung: Zusammenspiel zwischen äußerem Erscheinungsbild und Verhalten

Wie Sie aus den Ausführungen erkennen können, gibt es nicht den einzig richtigen Weg, wie Sie einem Patienten gegenüber auftreten. Allerdings sollten Sie sich der Wirkung, die Sie mit Ihrem Auftreten erzielen, bewusst sein. Gerade bei psychisch kranken Patienten kann es durchaus bedeutend sein, durch äußeres Erscheinungsbild und Verhalten einen stabilisierenden Anker anzubieten. Der Patient hat meist mit sich selbst und seinem durch die Erkrankung scheinbar aus den Fugen geratenen Lebensentwurf zu tun. Somit ist es beim Erstkontakt manchem Patienten zu viel, sich auch noch mit der Individualität des Gegenübers befassen zu müssen. Je deutlicher sich Ihr äußeres Erscheinungsbild und Verhalten von kulturell und gesellschaftlich gewohnten Normen abheben, umso mehr Aufmerksamkeit geht vom Patienten zu Ihnen über. Das mag, wie bereits gesagt, bei manchen Patienten sogar wichtig und sinnvoll sein, kann aber andere Patienten gerade in der ersten Kontaktphase irritieren und somit zusätzlich störend wirken.

Haben Sie mit dem Patienten bereits eine erste professionelle Kennenlern-Beziehung aufgebaut, so können nun Eigenheiten und individuelle Merkmale sogar therapiehaltend wirken. Die Erkenntnis, dass der Arzt neben seiner Professionalität auch persönliche Züge hat, kann für den Patienten im weiteren Verlauf nach zunehmender Stabilisierung sehr wertvoll sein.

Auch hier gibt es kein generelles, allgemeingültiges Rezept. Im Laufe meiner Berufstätigkeit habe ich viele Kollegen erlebt, die sich in Ihrer Persönlichkeit deutlich von der Norm abgehoben haben. Nicht immer mussten diese Eigenheiten der Kollegen für die Patienten schlecht sein. Ich habe allerdings – vor allem bei Anfängern – häufiger bemerkt, dass starke Auffälligkeiten im Äußeren und im Verhalten beim Aufbau einer guten Arzt-Patienten-Beziehung eher behindernd wirken. Zu Beginn des Aufbaus einer therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung ist ein eher neutrales Erscheinungsbild somit ratsam. Haben Sie mehr Berufserfahrung und können mit irritierten Reaktionen der Patienten umgehen, so kann eine Provokation in Form des Durchbrechens des erwarteten Arzt-Rollenbildes durchaus den Beziehungsaufbau und die Therapie beschleunigen.

> Es gibt kein generelles Rezept für das richtige Auftreten gegenüber einem Patienten. Je ungeübter Sie im Erkennen von und Umgang mit Patientenreaktionen sind, umso eher sollten Sie sich einer neutralen Form in äußerer Erscheinung und Verhalten bedienen. Dennoch kann eine auffällige Erscheinungsweise durchaus auch therapeutisch und beziehungsfördernd genutzt werden.

Literaturempfehlung

Schriewer M (1998) Versuch einer Standortbestimmung: Arzt zwischen Tradition und Wertewandel. Deutsches Ärzteblatt 95(43), A-2685/B-2288/C-2152

Sonnenmoser M (2010) Therapeutische Arbeitsbeziehungen. Wahl der Kleidung entscheidend. Deutsches Ärzteblatt/PP 1, 34

3. Wahrheiten und Irrtümer des Arztberufes

Samuel Elstner

Patienten sind immer dankbar

Irrtum! Im Prinzip ist diese Aussage zwar richtig. Dennoch ist es so, dass Sie während oder nach einer Behandlung eines Patienten nicht immer Dankbarkeit zurückbekommen. Dies kann völlig unterschiedliche Ursachen haben. Die einfachste Erklärung besteht darin, dass der Patienten es entweder nicht gewohnt ist, Dankbarkeit zu zeigen, oder es einfach aus innerpsychischen Gründen nicht kann. Oder er hat schlichtweg eine mangelhafte Kinderstube genossen. Manchmal kann es auch sein, dass er Sie als Arzt lediglich als Dienstleister ansieht, der seine Arbeit, wie beauftragt, gemacht hat. Ein anderes, weniger erfreuliches Motiv besteht darin, dass Sie schlechte Arbeit geleistet haben. Je nach Auswirkungen Ihrer schlechten Arbeit wird sich natürlich auch die Enttäuschung beim Patienten zeigen. Dies kann von fehlenden Dankbarkeitsbekundungen bis zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung reichen.

Überlegen Sie bei fehlenden Dankbarkeitsbekundungen, woran es liegen könnte. Vergessen Sie dabei nicht, Ihr Handeln retrospektiv kritisch zu überprüfen. Finden Sie für sich keinen fachlichen Fehler und empfinden Sie das Verhalten des Patienten als nicht persönlichkeitstypisch, so wie Sie ihn kennengelernt haben, dann scheuen Sie sich nicht, schon allein aus eigenen Qualitätssicherungsgründen, einfach nachzufragen.

Die Behandlung des Patienten steht im Mittelpunkt

Richtig. Die ärztliche Versorgung eines Patienten ist tatsächlich der ursprüngliche Auftrag eines Arztes. Viele Ärzte sehen darin die Anamnese des Patienten, diagnostische Maßnahmen am Patienten und die Behandlung des Patienten selbst. Die Einbeziehung anderer Informationsquellen, die über den direkten Patient-Arzt-Kontakt hinausgehen, ist auch selbstverständlich. Damit ist die Einholung von Fremdanamnesen, beratende Fachmeinungen durch Konsilarii sowie Anforderung von früheren Arztbriefen mit Einverständnis des Patienten zur Schweigepflichtentbindung und ähnliches gemeint. Wir vergessen jedoch als Ärzte sehr schnell, dass auch eine gute, zeitnahe und detaillierte Dokumentation, die Abfassung eines möglichst bei der Entlassung schon fertigen Arztbriefes und die Absicherung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu einem guten Behandlungsverlauf des Patienten gehören.

All unser ärztliches Handeln soll natürlich im Dienste des Patienten stehen. Dass hierzu eine fachgerechte und angemessene Diagnostik und Therapie gehört, ist selbstverständlich. Um jedoch dem Patienten einen guten Verlauf aktuell und für die Zukunft zu ermöglichen, gehören auch die eher ungeliebten Sachen wie Kostenverlängerungen bei der Krankenkasse und das zeitnahe Abfassen des Arztbriefes genauso direkt zur Patientenbehandlung.

Der Arzt ist der Halbgott in Weiß

Irrtum, oder? Das Bild des Arztes hat sich im Vergleich zu den Zeiten des bekannten Chirurgen Sauerbruch doch deutlich geändert. Heutzutage wird der Arzt zwar weiterhin als Autoritätsperson geachtet, die Patienten wünschen sich jedoch eher eine Beratung und Begleitung denn einen Oberschullehrer-artigen strengen Gesundheitsapostel. Dennoch dürfen wir uns nichts vormachen. Wir sind als Ärzte weiterhin Respektspersonen, auf deren Urteil und Aussage Wert gelegt wird. Wir sollten uns selbst jedoch nicht als dogmatische, allwissende und einzig richtig handelnde Experten sehen. So ist es heutzutage eher wichtig, sich auch in die Perspektive des Patienten hineinzuversetzen. Die Art und Weise, wie Sie mit einem Patienten sprechen, welche Ratschläge Sie ihm geben und welche diagnostischen und therapeutischen Vorschläge Sie machen, sollte immer mit dem Ziel geschehen, den Patienten in die bestmögliche Informationslage zu versetzen, damit er selbst die richtige Entscheidung für sein Leben treffen kann. Die Art und Weise des Umgangs mit dem Patienten differeriert hierbei von Patient zu Patient.

Heutzutage ist der Arzt nicht mehr Halbgott in Weiß, sondern ein Experte in Gesundheitsfragen, für die er konsultiert wird. Die Meinung des Gesundheitsexperten besitzt jedoch weiterhin einen sehr hohen Stellenwert. Der Respekt vor der Leistung und den Mühen, die zum Erreichen dieses Berufes und auch während seiner Durchführung durch den Arzt geleistet worden und weiter zu erbringen sind, wird durch die Gesellschaft gezollt.

Ärzte haben gute Einkommensverhältnisse

Richtig – in den meisten Fällen. Tatsächlich liegt das durchschnittliche Arztgehalt über dem durchschnittlichen Gehalt eines Bürgers der Bundesrepublik Deutschland. Allerdings gibt es auch zwischen den Ärzten eine große Einkommensspanne, abhängig von der Art des Arbeitgebers, des Beschäftigungsverhältnisses und/oder der Fachrichtung. Bei der Betrachtung der Einkommensverhältnisse müssen wir jedoch auch den Aufwand beachten, der zur Erzielung dieser Einkommensverhältnisse nötig ist. Hier sieht die Bilanz schon nicht mehr so rosig aus: Von zusätzlichen Nachtdiensten, Überstunden, mitunter ständiger Bereitschaft bis hin zur Beschäftigung mit beruflicher Thematik auch im Privatleben reichen hier die Aufwendungen. Nicht umsonst besteht in bestimmten Berufsgruppen eine erhöhte Anfälligkeit für eine Abhängigkeitsproblematik und sogar eine höhere Suizidrate als in der Normalbevölkerung. Damit die Waagschale zwischen den beiden Polen „gute Einkommensverhältnisse" und „hoher Aufwand" nicht zu stark auf die Seite des Aufwandes kippt, dürfen Sie die Ideale nicht vergessen, auf denen Ihr Dasein als Arzt basiert.

Im Prinzip sollte man als ärztlich tätiger Mensch eine finanzielle Einkommenssituation haben, die einem den notwendigen psychischen und physischen Freiraum gibt, sich beruflich ganz auf das Wohl des Patienten konzentrieren zu können. Der ärztliche Beruf bietet sowohl für ausreichend und bescheiden verdienen wollende Kollegen als auch für sehr gut verdienen wollende Kollegen viele Nischen und Möglichkeiten.

Ärzte sollen Vorbilder sein

Richtig. Ärzte haben in der Gesellschaft eine bestimmte Stellung. Sie sind von der Bevölkerung als Experten und Ratgeber angesehen, manchmal aber auch als Vertrauenspersonen und Beistand. Dass man sich im Rahmen des Berufes als Arzt nach den Regeln der ärztlichen Berufsordnung verhält, ist selbstverständlich. Ein kritischer Umgang mit Interessensgemeinschaften, die mithilfe einer Kooperation mit Ärzten vor allen Dingen wirtschaftlich profitieren möchten, ist sicherlich angemessen. Es ist also wichtig, sich Gedanken zu machen, wie man selbst als Arzt im Rahmen des Berufes gegenüber den Patienten auftreten möchte. Besondere Verantwortung, die aufgrund solcher Erwartungen an einen gestellt werden, sind hierbei zu bedenken. Sicherlich, und das ist nun mal das Wesen des Arztberufs, ist man auch im Privatleben immer wieder nach Preisgabe seines Berufes mit medizinischen, ärztlichen Fragen konfrontiert. Es passiert häufig, dass auf privaten Partys Ärzte angesprochen werden, ob sie nicht schnell mal einen Rat bezüglich des einen oder anderen gesundheitlichen Problems geben können. Diese Vermischung zwischen beruflicher und privater Welt impliziert gleichzeitig, dass man auch im erweiterten privaten Rahmen immer ein Stück weit Arzt ist und sich dieser Funktion in seinem Auftreten auch bewusst sein sollte. So kommt es häufig nicht gut an, wenn ein psychiatrischer Facharzt, der auf Suchterkrankungen spezialisiert ist, im privaten Rahmen durch übermäßigen Alkoholgenuss aus der Rolle fällt. Ebenso ist es ungewöhnlich, wenn ein

Spezialist für Ernährungsmedizin einen Body-Mass-Index von über 30 aufweist. Das soll nicht heißen, dass Sie als Arzt nicht auch Privatperson sein dürfen. Es soll viel mehr heißen, dass Sie sich immer gewahr sein sollten, in welchem Rahmen Sie sich bewegen, was der Rahmen von Ihnen erwartet, welche Rolle oder besser welche Rollen mit wie viel Anteilen in welcher Situation eingenommen werden.

> Das Arztsein geht häufig über das eigentliche Berufsfeld hinaus. Auch im Privatleben gibt es Situationen, in denen Sie nicht nur als Privatperson, sondern auch als Arzt wahrgenommen werden. Seien Sie sich dieser Sache bewusst und handeln Sie so, wie Sie in Ihrer Rolle als Arzt und Gesundheitsexperte in der jeweiligen Situation erscheinen wollen.

Patienten hören dem Arzt aufmerksam zu und befolgen seine Ratschläge

Richtig – aber ...! Grundsätzlich muss man davon ausgehen, dass sich der Patient aufgrund eines Leidens Rat beim Arzt holen. Je nachdem, welches weitere Vorgehen der Gesundheitsexperte empfiehlt, wird sich der Patient anders verhalten. Es kommt durchaus vor, dass der Rat nicht mit dem Lebensalltag oder den Lebensplänen des Patienten in Einklang steht. Durchaus können Mechanismen wie Verleugnung, Verdrängung oder auch Abwertung beim Patienten in Gang gesetzt werden. Es ist somit auch die Aufgabe des Arztes, sich über die Art und Weise der Vermittlung des weiteren Vorgehens Gedanken zu machen. Ziel sollte grundsätzlich sein, den Patienten zu motivieren, die den Leitlinien entsprechende vorgeschlagene, medizinisch sinnvolle Lösung seines Problems anzunehmen und die Maßnahmen umzusetzen. Machen Sie sich also durchaus ein Bild von den Lebensumständen und der Persönlichkeitsstruktur Ihres Patienten. Oftmals hilft Ihnen dies, die richtigen Worte und den richtigen Zugang zu finden. Dennoch sind Sie kein Zauberer. Jeder Patient ist letztlich für seine Gesundheit selbst verantwortlich. So schwer es uns Ärzten manchmal fällt, wenn ein Patient sich absichtlich konträr zu einem anscheinend medizinisch vernünftigen Rat verhält und dies in Kenntnis aller Risiken in vollem Bewusstsein tut, müssen wir dies als ärztliche Berater akzeptieren. Auch wenn es für uns Ärzte mehr Arbeit bedeutet, so ist doch jeder Mensch frei, über seinen Körper und damit über seine Gesundheit selbst zu entscheiden.

> Jeder Patient entscheidet selbst über den Zustand seiner Gesundheit. Die Aufgabe des Arztes ist es, den Patienten in einen ausreichend informierten Entscheidungszustand zu versetzen und die fachlich gebotene Empfehlung motivierend zu vermitteln – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Dies gelingt durch einen geeigneten, einfühlsamen Umgang in der Darbietung der notwendigen Informationen, die der Patient für den Entscheidungsprozess benötigt.

Abschließende Bemerkung

Die vorgestellten Behauptungen sind natürlich nicht immer, wie Sie gemerkt haben, einfach zu beantworten. Ebenso sind sie auch in keiner Weise rechtsverbindlich. Das Arztbild der letzten Jahre hat sich auf allen Ebenen der ärztlichen Hierarchie geändert, ja sogar die Hierarchie selbst hat sich geändert. Während man früher im Krankenhaus eine streng gegliederte berufliche Rangfolge einhalten musste, so ist dies in modern geführten Krankenhäusern nicht mehr in diesem Maße spürbar. Es ist eher so, dass moderne Kliniken verstärkt die wichtige Ressource eines Behandlungsteams erkannt haben. Somit ist Teamarbeit mit flachen Hierarchien aktuell eine sehr häufig praktizierte Methode in solchen Kliniken. Auch wollen sich junge Ärzte nicht nur im beruflichen, sondern auch im privaten Bereich verwirklichen. Unendliche Überstunden mit einem überhöhten Verpflichtungsgefühl der Arbeit gegenüber gehören anscheinend in dieser Generation der Vergangenheit an. Auch die Rolle des Patienten hat sich im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte verändert. Die beiden Partner „Arzt" und „Patient" müssen sich somit neu formieren. Dies ist eine große Chance für beide Parteien, das Beste herauszuholen. Der Patient wird selbstständig, handelt eigenverantwortlich und bestimmt über den Grad der Gesundheit, den er erreichen möchte, und den Preis, den er dafür zahlen will. Auf der anderen Seite ist der Arzt nicht mehr allein verantwortlich für den medizinischen Zustand seines Patienten. Er ist verantwortlich für eine fachgerechte Beratung, eine gut informierende Aufklärung und eine fachlich richtige Durchführung von Diagnostik und Therapie nach dem Einverständnis des Patienten. Er ist jedoch nicht allein verantwortlich für das Ergebnis seines ärztlichen Vorgehens, das auch von der Motivation und Mitarbeit des Patienten abhängt. Dieser scheinbare Machtverlust erweist sich hier eher als Verantwortungsdruckabgabe und schafft dadurch mehr Raum und Zeit für den Arzt, sich auch um andere Bereiche seines Lebens kümmern zu können.

Somit sind die Irrtümer und Wahrheiten des ärztlichen Berufes bis auf wenige grundsätzliche Regeln, die bereits in festen Vorschriften, wie z.B. der Berufsordnungen verankert sind, im Fluss und müssen immer wieder individuell überprüft werden.

Literaturempfehlung

Gerst T, Hibbler B (2011) Berufsrecht: Wenn Ärzte ihre Pflicht verletzen. Deutsches Ärzteblatt 108(10), A-499/B-407/C-407

Haskard Zolnierek KB, DiMatteo MR (2009) Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. Medical Care 47(8), 826–834

4. Was können Sie selbst tun, um die Bandbreite Ihrer Kompetenzen zu erweitern?

Eva Lackner, Albert Diefenbacher und Norman Sartorius

Nach dem Studium können Sie endlich das angeeignete Wissen im Stationsalltag verantwortlich anwenden und freuen sich sicherlich über Ihre neu gewonnene Selbstständigkeit.

Die erste Arbeitsstelle, gerade in einer psychiatrischen Abteilung, stellt aber auch eine Herausforderung dar und ruft zahlreiche Kompetenzen gleichzeitig ab, die Sie vielleicht noch nicht ausreichend entwickelt haben. Aber was heißt das überhaupt, Optimierung der Bandbreite der persönlichen Kompetenzen? Wie können Sie Ihre „Performance" entwickeln? Und: Was können Ihre eigenen „Indikatoren" sein, anhand derer Sie Ihre persönliche Performance einschätzen lernen?

Dazu können zum Beispiel eine erfolgreiche Selbstpräsentation, ein effektives selbstreflexives Handeln und das Erweitern Ihres persönlichen Ressourcenkontingents gehören.

Ausgangslage und Grundhaltung

An einen Mitarbeiter in einem Krankenhausunternehmen werden zunehmend Anforderungen gestellt, die über die unmittelbar patientenbezogene Arbeit hinausgehen. Qualitätsmanagement, Zertifizierungen, Kennzahlen mit dem Ziel der Vergleichbarkeit und Optimierung von Prozessen sind relevant, und die Steigerung der Effektivität im Vergleich zu anderen Krankenhäusern wird groß geschrieben (Benchmarking). Für viele Vorgänge gibt es Dienst- oder Verfahrensanweisungen, vermutlich auch ein Handbuch, in dem dies alles zusammengefasst ist und das sich mutmaßlich über das Intranet Ihres Krankenhauses abrufen lässt.

Halt! werden Sie spätestens jetzt rufen. Muss ich als Arzt nicht zuallererst ein guter Diagnostiker sein, um meine Patienten wirkungsvoll behandeln zu können? Stimmt, können wir Ihnen darauf nur antworten, aber mit einer „belastbaren Grundlage“ werden Sie dies umso erfolgreicher bewerkstelligen können!

Welche Grundhaltungen sollten Sie entwickeln?

Jenseits Ihrer spezifischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kompetenz sollten Sie

- ein guter Zuhörer sein,
- empathisch und authentisch sein, dabei aber
- die erforderliche professionelle Distanz aufbringen und
- unterschiedliche kulturelle Kontexte kennen, akzeptieren und berücksichtigen.

Sie sind der Experte! Um dies adäquat zu vermitteln, haben Sie es aber nicht nötig, arrogant zu sein!

Wie Sie die Beziehung zu Ihren Patienten gestalten, wird für Ihren Erfolg wichtig sein: Dabei sollten Sie berücksichtigen, dass in jeder Arzt-Patienten-Beziehung das gemeinsame Entscheiden über Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zum Erreichen einer guten Adhärenz in den Vordergrund zu stellen ist.

Die aktuell gültigen Diagnosesysteme (ICD-10/11, DSM-IV/5) ermöglichen Ihnen ein nach operationalisierten Kriterien vorgegebenes Einordnen des psychopathologischen Befundes in eine „Störungskategorie“. Sie können nach Checklisten Symptome abfragen. Mithilfe des AMDP-Systems ist eine strukturierte psychopathologische Befunderhebung zu Beginn der Ausbildung gut möglich. Ein Vergleich mit Erkrankungsphasen in Voraufenthalten wird ermöglicht, Einschätzungen aus verschiedenen psychiatrischen Abteilungen werden dadurch vergleichbar.

Dabei sollten Sie aber nicht vergessen: Diagnosen sind nur Hilfsmittel! Überspitzt formuliert ist eine Diagnose für den Arzt wichtiger als für den Patienten. Der Patient will wissen, wie er möglichst schnell wieder gesund wird und Sie sollen ihm dabei helfen.

Sie benötigen die Diagnose für Ihre Therapiezielplanung und die von Ihnen im Rahmen der Behandlung auszuwählenden Techniken (bei einer Diagnose aus dem F2-Bereich eher Neuroleptika, bei einer Diagnose aus dem F32-Bereich eher Antidepressiva). Aber der Patient will von Ihnen, dass Sie ihn grundsätzlich unterstützen und ermutigen, z.B. dabei, wie er seine Wohnung behalten und wieder eine Arbeitsstelle bekommen kann. Somit brauchen Sie zusammen mit ihm zusätzlich den Kontakt zum Sozialarbeiter und erinnern sich spätestens jetzt daran, dass Sie ein kompetentes multiprofessionelles Team zur Optimierung der erforderlichen Behandlungsstrategien an Ihrer Seite haben.

Hilfe zur Selbsthilfe – nicht nur für Ihre Patienten wichtig!

Haben Sie sich für eine psychiatrische Weiterbildung entschieden, befinden Sie sich auf dem Weg in eine sehr erfüllende Tätigkeit. In vielen Fällen können Sie Menschen erfolgreich bei seelischen Krisen begleiten, ihnen wieder Lebensmut geben, sie beim Bewältigen schwerer Erkrankungsphasen unterstützen, ihnen oftmals nach Jahren belastender Ereignisse mit schweren Verlusten und Kränkungen neue Wege aufzeigen.

Einerseits werden Sie dafür Anerkennung erfahren, wenn Sie Ihre „ganz spezielle Profession" in Gesprächen kundtun, aber es werden auch kritische Reaktionen kommen: Viele Außenstehende, Mitkollegen, vielleicht auch Freunde kommentieren vielleicht: „Ja, Du wirst sehen, wie es Dir im Nachtdienst geht, wenn Du beschimpft wirst, wenn Du immer wieder erlebst, dass die gerade getroffenen Vereinbarungen nicht eine Minute tragen. Wenn die Patienten nicht kooperieren, ablehnend und aggressiv sind. Solche Disziplin wäre mir zu anstrengend und nervig!" oder „Diesen Tätigkeitsbereich würde ich nie aushalten können, diese vielen schrecklichen Schicksale, da kann man ja nie abschalten, da würde ich ja selbst kaputt gehen."

Als Anfänger erleben Sie oft Angst vor Fehlentscheidungen, Unsicherheit im Umgang mit den Patienten und dem multiprofessionellen Team, z.B. in einer Notaufnahme oder auf Station. Es ist wichtig, den Umgang mit Ärger, Enttäuschung, auch den mit der eigenen Hilflosigkeit im Umgang mit Patienten zu reflektieren. Das Ansprechen solcher eigenen Gefühle ist wichtig. Diese können im Rahmen von Gesprächen mit dem Mentor oder mit Kollegen thematisiert werden.

Die interessante Arbeit als Psychiater macht einen sorgsamen Umgang mit den eigenen Ressourcen notwendig.

Stigmatisierung auf verschiedenen Ebenen macht ein stetiges Anpassen der eigenen Kommunikation erforderlich. Es ist sehr wichtig, auch die eigenen Vorurteile zu prüfen. Dabei können z.B. praktische Fragestellungen hilfreich sein, wie: „Würde ich z.B. ein Kindermädchen mit einer überstandenen psychotischen Episode anstellen, würde ich ihr meine Kinder anvertrauen? Wie würde ich mit ihren kritischen Anmerkungen über meinen Erziehungsstil oder mein Verhalten umgehen?" Sie sollten sich gegenüber ehrlich sein, denn nur dann können Sie entsprechende Fragen der Angehörigen und Patienten authentisch beantworten: Mögliche hier auftretende Dilemmata müssen ohnehin die Betroffenen selbst auflösen, diese Entscheidung können Sie ihnen nicht abnehmen. Aber Sie zeigen dadurch, dass Sie die Antworten auf solche Fragen ebenfalls ernst nehmen und sich nicht hinter statistische Wahrscheinlichkeiten und allgemeine Empfehlungen zurückziehen.

Stigmatisierung stellt für viele psychiatrische Patienten eine sehr große Herausforderung dar, führt zu einer Isolation, verhindert einen offenen Umgang mit dem Gesundheitssystem. Notwendige medizinische Hilfen anzunehmen, fällt vielen schwer, da oftmals auch die Entwicklungen im Gesundheitssystem oder bei sozialen Systemen zu wenig barrierefrei sind, sodass Patienten mit psychi-

schen Problemen oftmals gar nicht medizinisch notwendige Hilfen bekommen oder viel zu spät Hilfe suchen.

Eine ganz besondere Situation – die interdisziplinäre Notaufnahme

Eine der Besonderheiten in der Psychiatrie ist, dass „auffällig“ gewordene, zum Teil bizarr wirkende, sich in großer Not befindende Patienten unfreiwillig, oft durch die Polizei, vorgestellt werden.

Viele Patienten erleben die Situation in einer Rettungsstelle als große Gefahr, können ihre eigene aktuelle Situation, die eigenen körperlichen Leiden gar nicht wahrnehmen, geschweige denn beschreiben. Oftmals spielen große Schamgefühle eine Rolle. Vorhergehende schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und auch der Psychiatrie als Helfersystem führen zu einer deutlich ablehnenden Haltung dem unbekannten Arzt gegenüber.

Auch bestehen bei manchen Patienten starke Vorurteile gegenüber einem Arzt, der sich mit dem „Seelenleben“ beschäftigt, sodass die vom Internisten angeregte zusätzliche konsiliarische Beratung in der Notaufnahme eher als „Kränkung“ erlebt wird.

Somit sind diese „ersten Kontaktaufnahmen“ zur Beziehungsgestaltung sehr flexibel zu gestalten und benötigen neben den diagnostischen und therapeutischen Einschätzungen einen empathischen, verständnisvollen und akzeptierenden Kommunikationsstil.

Eine kurze „probatorische“ Einschätzung des Gegenübers ist erforderlich; dabei können zunächst ein offenes Zuhören und Schildern der Bedürfnisse und wenige klärende Fragen hilfreich sein (s. Kap. II.4).

Wegen der vielen gleichzeitigen Anforderungen gerade in den Dienstzeiten besteht für Notfälle ein enges Zeitfenster; das Abrufen effektiver Entscheidungshierarchien und gut in sich greifender diagnostischer Instrumente ist notwendig.

Im Umgang mit dem Behandlungsteam hilft eine klare wechselseitige Kommunikation, ein wertschätzendes, aber auch bestimmendes bzw. abgrenzendes Verhalten.

Im Folgenden soll eine Situation im Bereitschaftsdienst beispielhaft skizziert werden.

Ein mit Alkohol intoxikierter Patient wird von der Polizei in die Rettungsstelle eingeliefert, ist laut und aggressiv, kündigt an: „Es ist mir egal, was aus meinem Leben wird, für mich hat sich eh noch nie jemand interessiert!“. Im selben Moment wird ein anderer Patient fixiert von Polizei und Feuerwehr gebracht, der erregt und wild gestikulierend auf der Straße gestanden und versucht habe, den Verkehr zu regeln, „komisches Zeug und verwirrt“ rede, aber auch „komisch zittere und eine Verletzung am Bein habe, die echt nicht gut aussieht“. Eine der psychiatrischen Stationen meldet sich parallel mit dem sofortigen Entlassungswunsch eines Patienten, mit dem Sie nun umgehend sprechen sollen. Ein anderer Patient auf einer gerontopsychiatrischen Station sei gestürzt, nachdem er schon den ganzen Tag auffällige Blutzuckerwerte gehabt habe. Wenige Minuten später kommt auch noch der Internist und gibt an, er sei fertig mit dem älteren Herrn in Raum 5, aus seiner Sicht sei er nicht internistisch behandlungsbedürftig, die Ehefrau wolle aber unbedingt, dass er aufgenommen werde. Die Situation sei „anstrengend“ und mache eine rasche Klärung, am besten die Aufnahme in die Psychiatrie, erforderlich.

Übung: Bitte priorisieren Sie in der folgenden Liste, in welcher Reihenfolge Sie die sich hier ballenden Probleme abarbeiten würden:

1. ______________________________
2. ______________________________
3. ______________________________
4. ______________________________
5. ______________________________

Eine „objektive" quasi-verbindliche Reihenfolge gibt es nicht: Sie müssen unter Berücksichtigung der aktuellen Gegebenheiten entscheiden. Wichtig ist nur: Sie müssen entscheiden!

Oftmals ist man mit den Kommunikationsstrategien der anderen „Mitstreiter" nicht einverstanden, was zunächst die eigene Zurücknahme bzw. Kompromissbereitschaft erfordern kann, aber auch Mut notwendig macht, um Grenzen und Korrekturen ermöglichen zu können, damit der Patient die bestmögliche notwendige Behandlung bekommt.

Einfach zu klärende Rückfragen sind notwendig, um einen guten Ablauf gewährleisten zu können. Parallel dazu machen oftmals die angespannte Grundstimmung gerade in einer Notaufnahme und der Zeitdruck der Polizei oder Feuerwehr ein ruhiges Abarbeiten schwer. Oftmals erfordert es Mut, sich erfahreneren Kollegen anderer Fachrichtungen gegenüber abzugrenzen, z.B. auch ein Übernahmeanliegen stringent abzulehnen, oder dem Pflegepersonal klare Aufträge zu erteilen.

Das erfordert Standhaftigkeit! Die eigene Kompromissbereitschaft führt oft, leider aber nicht immer, zu entsprechender Kompromissbereitschaft des Gegenübers.

Somatische Komorbiditäten spielen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen eine große Rolle und machen in jedem Fall eine gute Zusammenarbeit mit den somatischen Kollegen erforderlich. Deren zum Teil stigmatisierende Haltung zu überwinden, ist manchmal schwierig; ebenso sorgen Psychiater mit ihren eigenen Einschätzungen durchaus auch beim einen oder anderen Kollegen für Kopfschütteln (s. Kap. II.5).

Eine gute Kompetenz in der körperlichen und speziell neurologischen Untersuchung ist daher wichtig, fundierte Kenntnisse in den somatischen Fächern und das Abrufen wichtiger Symptome körperlicher Erkrankungen erleichtern die differenzialdiagnostische Einordnung und sichern die richtige therapeutische Entscheidung und das Kommunizieren mit den somatischen Kollegen. Gerade in unklaren „somato-psychischen Krisensituationen", wenn eine gemeinsame Besprechung aktueller Laborwerte bzw. bildgebender Befunde erfolgen sollte, hilft diese Basis, um vorschnelle Aufnahmen verhaltensauffälliger Patienten auf eine psychiatrische Station zu vermeiden, insbesondere, wenn dort keine ausreichende Überwachungskompetenz vorhanden ist (s. Kap. II.5 u. IV.1)!

Der Umgang mit einem Menschen, der akut gefährdet und nicht „absprachefähig" ist, macht ein klares, sicheres Vorgehen unter Berücksichtigung der rechtlichen Grundlagen zum Teil gegen den Willen des Patienten erforderlich. Eine en-

ge Zusammenarbeit mit den jeweils zuständigen Teams ist notwendig. Entscheidungen über Medikamente müssen akut und sicher gefällt werden, die Einordnung des Intoxikationsgrades muss mit den anderen Fachrichtungen bzw. dem Giftnotruf besprochen werden. Überwachungszeiträume und entsprechende Zuständigkeiten müssen geklärt werden, bevor eine Aufnahme in den psychiatrischen Bereich erfolgen kann.

Es ist sehr hilfreich, Familienangehörige oder enge Freunde/Bezugspersonen zu fragen, welche erprobten „Kommandos, Verhaltensrichtlinien oder Kommunikations-Leitsätze“ im Umgang mit dem Patienten z.B. im Falle eines Erregungszustandes wirksam sind. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen erweist sich oft als förderlich. Diesen hilfreiche Kommunikations- und Verhaltenshinweise zu erläutern, wirkt oft sehr unterstützend. Weiterhin können gemeinsam mit dem Patienten und dem persönlichen Umfeld des Patienten Behandlungsvereinbarungen für eventuelle weitere Krisen erarbeitet werden. Gemeinsam gestaltete Notfallpläne mit u.a. hilfreichen Medikamenten unterstützen das Krisenmanagement.

Wie kann eine Unterstützung aussehen?

Wir haben in unserer Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Berlin folgende Bausteine gemeinsam mit unseren Assistenzärzten entwickelt, die sich unserer Einschätzung nach für die Entwicklung einer guten Performance bewährt haben:

- Ein Mentor (erfahrener AIW, FA oder OA) kümmert sich um den Berufsanfänger und kann den Einarbeitungsprozess über einen längeren Zeitraum begleiten.
- In einem obligatorischen „Basiscurriculum“ werden allen neuen ärztlichen Mitarbeitern Grundkenntnisse zu wichtigen Themen nahegebracht: Suizidalität, rechtliche Grundlagen im Umgang mit Zwangsmaßnahmen (Psych-KG, Betreuungsgesetz), Notfallsituationen in der Psychiatrie, psychopathologische Befunderhebung, ambulante und teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten, Komplementäreinrichtungen im eigenen Versorgungsbezirk.
- Zusätzlich ist neben einem wöchentlichen Journal-Club die Teilnahme an einem strukturierten Fortbildungsprogramm mit wöchentlichen berufsgruppenübergreifenden Fortbildungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten möglich.
- „Beginner-Workshops“, an denen auch Assistenzärzte anderer psychiatrischer Abteilungen teilnehmen können, bereiten durch kasuistische Präsentationen und Kleingruppenarbeit zu den Themen *Psychopathologischer Befund*, *Behandlung von Notfällen*, *Umgang mit Neuroleptika und anderen Psychopharmaka*, aber auch *Zeitmanagement* auf den psychiatrischen Alltag vor.
- AMDP-Kurse und regelmäßige AMDP-Fortbildungen mit Beispielen eigener Patienten und Videoaufnahmen verdeutlichen praktisch die einzelnen psychopathologischen Syndrome. Das AMDP-System-Manual und der strukturierte Fragekatalog helfen, effektive Fragen zu stellen, und erläutern detailliert die Symptomausprägungen.

- Eine sichere Routine bei der orientierenden neurologischen (und internistischen) Untersuchung ist sehr hilfreich (s. Kap. IV.1).
- Haben Sie sich in der Erhebung des strukturierten psychopathologischen Befundes erst einmal „freigeschwommen", sollten Sie etwa einige Arbeiten des Psychiaters Christian Scharfetter (1936–2012) lesen, um einen erweiterten Blick für verschiedene Untereinheiten des Denkens und Fühlens von Menschen z.B. mit schizophrenen Erkrankungen zu gewinnen (Scharfetter 1995).

Gesprächsführungstechniken und weiteres „Rüstzeug" für Ihre Ausbildung

- **Breaking Bad News-Kurse** werden z.B. von der Ärztekammer angeboten. Das Überbringen schlechter Nachrichten gehört zu den am meisten ungeliebten und gefürchteten Aufgaben im Krankenhaus. Dabei kann diese Form der Kommunikation erlernt werden. Der Verlauf eines solchen Gespräches hat nichts mit Empathie oder Gespür zu tun, sondern mit professionellem Handeln und einer kontrollierten Gesprächsführung (Langkafel 2008).
- **Motivational Interviewing**: Diese Technik beinhaltet sowohl einen Klienten zentrierten als auch direktiven Ansatz der Gesprächsführung zur Erhöhung der Eigenmotivation von Menschen, problematisches Verhalten, z.B. Suchtmittelabusus, zu ändern (Miller et al. 2009).
- **Shared decision making (SDM)** ist eine spezifische Form der Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patient, welche auf geteilter Information und gleichberechtigter Entscheidungsfindung z.B. bei Themen bezüglich der Diagnose und Therapieentwicklung basiert. Um den Prozess dieser „Partizipativen Entscheidungsfindung" zu verstehen und zu erlernen, sind Workshops sehr hilfreich.
- **Deeskalationsseminare** vertiefen und beleuchten mit verschiedenen Berufsgruppen schwierige Situationen in der Psychiatrie, u.a. das Thema Zwangsmaßnahmen, aus verschiedenen Perspektiven. Sie eröffnen Strategien, solche Situationen zu verhindern, und ermöglichen das praktische Üben (s. Kap. I.8).

Schreiben Sie ein „Tagebuch Ihrer eigenen Weiterbildung"!

- Während der psychiatrischen Ausbildung ist das Führen eines Tagesbuches eine gute Unterstützung, um eigene kritische Situationen, persönliche „Meilensteine", hilfreiche „Tools" festzuhalten.
- Sie könnten problematische Situationen oder Empfindungen, die Sie im klinischen Alltag belasten, in dem Tagebuch aufschreiben. Wichtig dabei: Sie notieren, was Ihnen geholfen hat, mit den Belastungen fertig zu werden! Sie werden sehen, nach einiger Zeit gewinnen Sie hierdurch an Selbstvertrauen. Ihre eigenen Fortschritte können Sie so nachhaltig mitverfolgen.
- Möglich ist aber auch: Sie merken, dass Sie mit Einigem, was regelhaft auf Sie zukommt, nicht in für Sie befriedigender Weise umgehen können oder umgehen wollen. Über ein solches Tagebuch können Sie wichtige persönliche Erkenntnisse und Gefühle gegenüber Ihrer Profession sehr gut nachspüren und sich diesbezüglich selbstkritisch reflektieren.
- Auch wenn es Überwindung kostet: Manchmal ist eine Neuorientierung bzw. „kleine Korrektur", was den weiteren beruflichen Karriereweg angeht, eine wichtige Erkenntnis. Es gibt keinen Grund, dass Sie bei Ihrer Arbeit freiwillig leiden!

- **Zeitmanagement-Kurse** ermöglichen eine effektive Arbeitsorganisation bezogen auf die Tagesplanung, „Zeitdiebe“ können in Selbstanalyse erfasst werden, Prioritäten setzen und Delegieren erleichtern die Arbeitsabläufe (s. Kap. II.1).
- **Die Auseinandersetzung mit der eigenen Arztrolle** (s. Kap. I.1 u. I.2) und der eigenen persönlichen Repräsentation hilft beim Entwickeln bzw. Anpassen der „eigenen Ausstrahlung/Haltung“.
- **Regelmäßige Gespräche („Protected hours“)** mit dem zuständigen Ober- bzw. Facharzt ermöglichen den fachlichen Austausch. Positive, aber auch kritische Rückmeldungen auf beiden Seiten stärken die kommunikativen Fertigkeiten und das Selbstbild. Das aktive Einfordern und offene Ansprechen von Problemfeldern/Bedürfnissen erleichtert die Zusammenarbeit und die eigene Weiterentwicklung.

Sie erwarten ja von Ihrem Klavier- oder Tennislehrer auch, dass er Sie, in gebührender Form, auf Ihr Verbesserungspotenzial aufmerksam macht, also Ihre Fehler benennt und korrigiert.

- **Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie** werden in einem Buch von Jacob et al. (2009) dargestellt. Auch der Umgang mit einem Suizid in der Klinik wird darin als Beispiel thematisiert: Die kurze und sachliche Information der Patienten auf einer Stationsversammlung ist wichtig, Information der Angehörigen notwendig. Einzelgespräche mit allen Patienten sind zu empfehlen. Des Weiteren ist ein vertrauensvolles Gespräch mit dem Vorgesetzten und dem Team sehr unterstützend. Eine Fallaufarbeitung aus den verschiedenen Perspektiven der therapeutischen Begleitpersonen der Betroffenen im Rahmen einer Fortbildung vertieft die Problematik.
- **Rollenspiele** schulen die Wahrnehmung, üben den Umgang mit beispielhaften Alltagssituationen und ermöglichen das Beleuchten aus unterschiedlichen Blickwinkeln: Hier ist insbesondere auch die **Trio-Technik** zu empfehlen, ein englisches Konzept von Gask/Goldberg (2008).

Triotechnik

Gruppen finden sich zu dritt zusammen und üben Beispielsituationen, wie den Umgang mit Diagnoseübermittlung oder das Thema Medikamenteneinnahme an alltagsüblichen Fällen: z.B. *Patient lehnt Medikation ab.* Diese Situation wird in folgender Konstellation durchgespielt: Einer ist Patient, der andere ist der Arzt, die dritte Person fungiert als Beobachter der Situation. Jede der Rollen wird getauscht. Im Vorfeld werden entsprechende Tools für die Kommunikation (Feedbackregeln, Vorgeben der Symptome, genaue Vorinformation an den Arzt- bzw. Patienten-Part) durchgesprochen, Haltungen und wichtige Lernziele erläutert. Solche Trainingseinheiten helfen beim „Sicherwerden“ für den Ernstfall in der Rettungsstelle oder auf Station.

- **Die Teilnahme an Balintgruppen** oder, im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Curriculums, an sog. IFA-Gruppen (interaktionelle Fallarbeit) ermöglicht zusätzlich den gegenseitigen Austausch. Das Besprechen besonderer Fälle schult die Reflexion aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Entscheiden Sie vorab, ob es für Sie wichtig ist, dass der Supervisor, mit dem Sie zusammenarbeiten wollen, als solcher zertifiziert ist.

- **Das AMSP-Projekt** dokumentiert und analysiert seit 1993 systematisch unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Psychopharmaka mit dem Ziel, die Behandlungssicherheit durch Dokumentation und Weiterbildung zu erhöhen. In Berlin arbeiten verschiedene Kliniken zusammen. Das regelmäßige, ritualisierte Ansprechen von Nebenwirkungen, zum Beispiel in unserer Abteilung während der sog. „Mittagsrunde", schult gegenseitig die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit. Die Falldokumentationen ermöglichen einen nationalen und internationalen Austausch bzgl. schwerer UAW von Psychopharmaka. Die eigene Suche nach Wechselwirkungen verschiedener Medikamente wird über Suchinstrumente wie zum Beispiel MediQ gefestigt und schult den Austausch mit anderen Fachrichtungen. Anmeldung über die Website von MediQ unter https://www.mediq.ch/.
- **Der offene Umgang mit Fehlern** im Stationsalltag (kritische Vorkommnisse und Beinahefehler) wird über das wichtige Bericht- oder Melde-System CIRS (Critical Incident Reporting System) unterstützt (s. Kap. I.6).
- **Wir halten den intensiven Erfahrungsaustausch mit Angehörigen und Betroffenen** außerhalb des eigenen Krankenhauses für wichtig. Die aktive Teilnahme an der Angehörigenarbeit schult den Blickwechsel, übt den Umgang mit eigenen Grenzen und ermöglicht einen vielschichtigen Einblick in die Alltagsrelevanz vieler seelischer Erkrankungen.

Zusammenarbeit mit Betroffenen und Angehörigen

- Besuch von Veranstaltungen der lokalen Angehörigenverbände, jeweilige Landesinfo unter dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK, Selbsthilfeorganisation und Solidargemeinschaft von Familien mit psychisch Kranken), siehe auch unter der Website: http://www.psychiatrie.de/bapk/top/kontakt/lvs/, lokal in Berlin: http://www.apk-berlin.de/
- http://www.sunnysideup-berlin.de/, eine hilfreiche Seite für Kinder psychisch erkrankter Eltern
- Teilnahme an trialogischen Seminaren (in Berlin z.B. von Albatros, jeweils lokal in den Bundesländern unter Trialog Psychoseseminar abrufbar)
- Besuch von komplementären sozialpsychiatrischen Einrichtungen in der eigenen Versorgungsregion, Pinel, http://www.pinel-online.de/
- Netzwerk Stimmenhören, siehe auch unter: http://www.stimmenhoeren.de/
- http://www.psychiatrie.de/, allgemeine Informationen

- **Gemeinsame Treffen,** z.B. mit der Polizei, üben den Umgang mit den richtigen Begrifflichkeiten beim Einfordern von Unterstützung. Sie führen zum kritischen Austausch über gemeinsame Problemfälle und erleichtern dadurch die konstruktive Zusammenarbeit (s. Kap. III.5).

Vernetzung

Sie haben viele Möglichkeiten, sich lokal, regional oder national zu vernetzen: Tauschen Sie sich einfach mit Ihren Kolleginnen und Kollegen aus! Wir möchten hierfür eine Empfehlung geben: Lesen Sie das Kapitel von Cécile Hanon et al. in diesem Buch (s. Kap. V.6) und schauen Sie einmal nach, was die Section of Young Psychiatrists der European Psychiatric Association macht (www.europsy.net/).

Vergessen Sie auch nicht die Vernetzung mit Ärzten anderer Fachrichtungen: Informieren Sie sich über die Beiträge, die Sie als Psychiater im Konzert der medizinischen Fächer beisteuern können (z.B. Ferrari et al., in Druck).

Literaturempfehlung

AMDP, Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (2007) Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 8. Aufl. Hogrefe Göttingen

Berger M (Hrsg.) (2015) Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 5. Aufl. Urban & Fischer in Elsevier München. *Gesamtwerk mit einer guten Übersicht über alle wichtigen Themen der psychiatrischen Weiterbildung und online verfügbaren Aktualisierungen.*

Berg-Peer J (2013) Schizophrenie ist scheiße, Mama! Vom Leben mit meiner psychisch erkrankten Tochter. Fischer Taschenbuch Frankfurt/Main

Burian R, Diefenbacher A (2011) Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie. Ist das Pharmakovigilanzprogramm von der Klinik in den ambulanten Sektor übertragbar? Soziale Psychiatrie 35(2), 43–45

Demmel R (2012) Motivational Interviewing. Lautes Nachdenken über Veränderung. Psychotherapeutenjournal 100–104

Diefenbacher A, Saupe R (Hrsg.) (1996) Praktische Konsiliarpsychiatrie und -psychiatrie. Enke Stuttgart. *Hier werden anhand von praktischen Beispielen wichtige konsiliarische Fragen, die sich dem Anfänger etwa im Bereitschaftsdienst stellen, anschaulich bearbeitet. (leider vergriffen und nur über Bibliotheken erhältlich aber immer noch lesenswert!)*

Dörner K, Plog U, Teller C (2010) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. 5. Aufl. Psychiatrie-Verlag Köln. *„Irren ist menschlich“ ist seit über 30 Jahren das sozialpsychiatrische Standardwerk. Das Buch thematisiert insbesondere die Haltung, wie wir alle uns psychischen Beeinträchtigungen und Krankheiten annähern. Dadurch wird das Verständnis für die Krankheitsbilder und die betroffenen Menschen näher gebracht.*

Fähndrich E, Stieglitz R-D (2007) Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems. 3. Aufl. Hogrefe Göttingen. *Sehr hilfreich für den Anfänger sind die Vorschläge, wie die einzelnen psychopathologischen Symptome in der Exploration zu erfragen sind.*

Ferrari S, Mattei D, Dreher A, Diefenbacher A (in Druck): Liaison psychiatry: is it possible. In: Fiorillo A, Volpe U, Bhugra D (Hrsg.) Psychiatry in practice. A guide for Early Career Psychiatrists. Oxford University Press Oxford

Gask L, Goldberg D (2008) Methods of training and education about depression. Editors of the educational programme: Mario Maj, Norman Sartorius, Allan Tasman and Oye Gureje. URL: http://www.wpanet.org/uploads/Education/Educational_Programs/depressive-disorders-volume4.pdf (abgerufen am 27.01.2015)

Jacob G, Lieb K, Berger M, Normann C, Jähne A (Hrsg.) (2009) Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie. Elsevier/Urban & Fischer München

Klinger C, Diefenbacher A (2008) Arzneimittelsicherhet in der Psychiatrie. Psychosoziale Umschau 4, 29–30

Kuiper PC, Menges M (1995) Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters. (Geist und Psyche, 12764). Fischer Frankfurt am Main

Langkafel P (2008) Breaking Bad News. Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin. (Gesundheitswesen in der Praxis). Economica Heidelberg

Lauveng A (2010) Morgen bin ich ein Löwe. Wie ich die Schizophrenie besiegte. btb München

Miller WR, Rollnick S (2009) Motivierende Gesprächsführung. 3. Aufl. Lambertus Freiburg

Scharfetter C (1995) Schizophrene Menschen. Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze. 4. Aufl. Beltz, PsychologieVerlagsUnion Weinheim. *Hier finden Sie eine einführende und umfassende Darstellung zum Verständnis schizophrener Menschen. Im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen das unmittelbare Erscheinungsbild der Störung selbst und das Erleben des Patienten.*

Scharfetter C (2010) Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. 6. Aufl. Thieme Stuttgart

Sekeres MA, Stern TA (Hrsg.) On the edge of life. Diary of a medical intensive care unit. MGH Psychiatry Academy Boston, MA

The Royal College of Psychiatrists (2014) The National Schizophrenia Fellowship on treatment guidelines. Unter Mitarbeit von Gary Hogman. URL: http://pb.rcpsych.org/content/25/8/289.full (abgerufen am 27.01.2015). *Angehörige haben an diesen Empfehlungen entscheidend mitgearbeitet.*

Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.) (2014) Therapie psychischer Erkrankungen. 10. Aufl. Urban & Fischer in Elsevier München. *Dieses Buch thematisiert in seinen Kapiteln die aktuellen evidenzbasierten Therapieempfehlungen psychiatrischer Erkrankungen. Sie basieren u.a. auf den STATE OF THE ART Symposien des DGPPN-Kongresses des jeweiligen Jahres.*

Wienberg G, Berg M, Walther C (2013) PEGASUS. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Psychosoziale Arbeitshilfen, 30. 6. Aufl. Psychiatrie Verlag Köln

Yalom ID (2002) Der Panama-Hut oder was einen guten Therapeuten ausmacht. Goldmann München. *Wie sieht es aus, das richtige Verhältnis zwischen Therapeut und Klient? Nach über 50 Jahren Arbeiten in einem spannenden Arbeitsfeld beschreibt der Autor wichtige und lehrreiche Situationen in Therapiesitzungen und gibt dabei viele hilfreiche Tipps.*

Wissenschaftliche Zeitschriften, deren regelmäßige Lektüre wir Ihnen empfehlen möchten

Current Opinion in psychiatry: http://journals.lww.com/co-psychiatry/pages/default.aspx
Evidence based mental health: http://ebmh.bmj.com/
World Psychiatry: http://www.world-psychiatry.com/

5. Umgang mit Ärger und Frust in der Psychiatrie, oder: Wie bleibe ich cool?

Eva Weiß

Häufig fragt man sich als Berufsanfänger, ob das Gefühl von Ärger und Frust überhaupt zulässig ist, wenn man einen helfenden Beruf gewählt hat.

Eindeutig ja! Sie haben ein Recht, sich zu ärgern. Sie haben ebenso das Recht, sich zu freuen, sich zu ängstigen, ratlos zu sein, sich ausgeliefert und ohnmächtig zu fühlen, zuversichtlich zu sein, zu hoffen. Sie haben ein Recht auf die gesamte Gefühlspalette eines Menschen.

Der Anspruch an sich selbst, alles verstehen zu müssen, immer über den Dingen zu stehen, allwissend und gelassen zu sein, ist überhöht, unrealistisch und letztlich wenig hilfreich.

Sie haben ein Recht auf Ihre Gefühle, denn Sie sind auch ein Mensch.

Aber: In Ihrem Job, und ganz speziell in der Psychiatrie, müssen Sie lernen, mit Ihren Gefühlen professionell umzugehen. Sie müssen sie steuern können. Um effektiv zu therapieren, ist eine vertrauensvolle und gute Atmosphäre zu schaffen. Da psychiatrische Patienten beim Beziehungsaufbau oft große Probleme haben und Kommunikationsstörungen, Misstrauen und weitere Faktoren zur Symptomatik gehören, ist es an Ihnen, eine gute Beziehung und Gesamtatmosphäre zu erreichen.

Zum positiven Beziehungsaufbau ist ein professioneller Umgang mit Ihren Gefühlen eine Grundvoraussetzung bei der Arbeit in der Psychiatrie.

„Ich bin so cool und ärgere mich über so gut wie gar nichts, da stehe ich doch drüber."

Schön, wenn es so ist.

Psychiatrische Patienten haben oft ein sehr feines Gespür für den Anderen, auch wenn es erst einmal gar nicht so wirkt. Sie spüren manchmal schneller, was mit Ihnen los ist, ehe Sie es selbst merken.

An Quellen für Ärger wie auch für Freude mangelt es im Klinikalltag nicht.

Sie müssen in verschiedenen Ebenen der sozialen Kommunikation rasch switchen. Eine Ebene sind Ihre Vorgesetzten, Kollegen und Teammitglieder. Eine weitere ist die Verwaltungsebene. Die dritte Ebene sind Ihre Patienten und deren Angehörige.

Auf allen Ebenen treten häufig soziale Konflikte auf. Sie können in *fünf Untergruppen* eingeteilt werden:

1. Beurteilungskonflikte

- In der Visite beklagt sich die Patientin bei Ihrem Oberarzt, dass es ihr immer noch nicht besser gehe, obwohl sie schon so lange da sei.
- Sie selbst sind jedoch froh darüber, dass ihr Denken klarer geworden ist, ihr Schlaf schon gebessert ist und nach Ihrer Einschätzung die Therapie anschlägt.

Beurteilungskonflikte entstehen häufig aus unterschiedlichem Vorwissen, mangelhafter Information und unterschiedlichen Einstellungen.

2. Zielkonflikte

- Angehörige erwarten eine vollständige Genesung in kürzester Zeit und nicht „nur" Linderung wesentlicher Symptome.
- Ihr Therapievorschlag wird erst widerspruchslos von Ihrem Patienten hingenommen, aber bei dessen Umsetzung treten offene oder verdeckte Widerstände auf, weil er sich eigentlich von einem anderen Medikament mehr verspricht.
- Ihre Patientin hat andere Mitpatienten mehr im Blick und setzt sich für sie ein, als sich um ihre eigenen Probleme zu kümmern. Alltagsthemen der Station, wie z.B. Sauberkeit und Essen, geraten (überwertig) in den Mittelpunkt der Therapie.

Zielkonflikte entstehen aus gegensätzlichen Zielsetzungen und konkurrierenden Absichten.

3. Rollenkonflikte

- Sie erfahren, dass hinter Ihrem Rücken abschätzig über Sie geredet wird.
- Der Ehemann traut Ihrem Wissen nicht und kommt mit „besseren" Diagnosen und Behandlungsvorschlägen, z.B. aus dem Internet.
- Die Pflegekräfte tragen Beschwerden der Patienten, Besucher oder Angehörigen vor. Dabei ist zu spüren, dass sie selbst auch so denken.

- Ihr Chef fragt an, was es mit den Beschwerden von Patient X auf sich hat. Sie haben noch nichts davon gehört und konnten dadurch nichts klären.

Rollenkonflikte entstehen durch Differenzen zwischen dem erwarteten Rollenverhalten und wie Sie die Rolle ausfüllen.

4. Verteilungskonflikte

- Ihr Patient hat oft, trotz Ihrer knappen zeitlichen Ressourcen, mehr Gesprächskontakte erhalten, als geplant. Nun fordert er dringlich einen erneuten ungeplanten Gesprächstermin.
- Sie sind für viel mehr und schwierigere Patienten zuständig als Ihr Kollege.
- Ihr Oberarzt nimmt sich kaum Zeit für Sie und Ihre Patienten.

Verteilungskonflikte entstehen häufig wegen knapper Ressourcen, ungerechter Verteilung und mangelnder Zuwendung.

5. Beziehungskonflikte

- Der Patient will sich von Ihnen nicht behandeln lassen. Er spricht die sympathische Kollegin an und möchte zu ihr wechseln.
- Angehörige lehnen Ihre Gesprächsvorschläge ab, weil sie von der Psychiatrie nichts halten. „Da setze ich keinen Fuß rein, die sind ja alle bekloppt."

Beziehungskonflikte entstehen häufig durch Antipathien. Sie sind abhängig von Persönlichkeitsstrukturen und unterschiedlichen Wert-, Verhaltens-, Wahrnehmungs- und Deutungsmustern. Auch Vorurteile und Intoleranz sind dafür wichtige Faktoren.

Was können Sie bei Ärger sofort machen?
- Wenn Sie spüren, dass Ärger und Wut in Ihnen hochkommt, dann ‚stop'. Halten Sie inne, bis Ihnen eine vernünftige Reaktion eingefallen ist.

Was könnte eine vernünftige Reaktion sein?
- Grundsätzlich ist es hilfreich, das Gefühl wahrzunehmen und die Kontrolle darüber zu bekommen.
- *Ablenkung* jeglicher Art ist effektiv, um eine Eskalation zu verhindern und Ihr Gefühl zum Abklingen zu bringen.
- Ist Ihr Ärger sehr groß, sollten Sie sich z.B. ein *Glas kaltes Wasser* holen und *tief durchatmen*.
- *Bewegen Sie sich.* Wenn das nicht geht, weil Sie z.B. nicht aus der Visite gehen können, ist es gut, zu *schweigen,* um nichts Unbedachtes zu sagen. Bringen Sie sich innerlich zur Ruhe und *überdenken* die Situation.
- Um Missverständnissen als häufiger Quelle von Streit vorzubeugen, *hören Sie aufmerksam zu* und fragen Sie notfalls noch einmal nach oder lassen es sich mit den Worten des Patienten wiedergeben. Merkblätter nützen.

- Wenn Sie jemand offensichtlich ärgern oder provozieren will, ist es gut, das geflissentlich zu *überhören*.

> Lenken Sie sich ab, bewegen Sie sich, wenn Sie können, versuchen Sie herauszubekommen, was das für ein Gefühl ist und geben Sie ihm nicht impulsiv nach.

Was sollten Sie nicht machen? Was ist eine unvernünftige Reaktion?

- Dem verständlichen Impuls des Heimzahlenwollens und der Rache nachzugeben.

Wie würde Rache aussehen?

- Sich direkt zu rächen, hieße, den Patienten zurechtzuweisen, ihn anzuschreien, Ihre Macht auszuspielen und ihn z.B. stehen zu lassen, eine sofortige Ausgangssperre zu verhängen, Gesprächswünsche abzuwehren, Medikamente an- bzw. abzusetzen, geringschätzig und abwertend über oder mit ihm zu reden, mit dem Oberarzt zu „drohen", seine Verlegung oder Entlassung zu veranlassen.
- Indirekte Rache äußerte sich, indem Sie Termine nicht einhielten, kurz angebunden wären, mit Fachsprache ihm Ihre Überlegenheit demonstrierten, Informationen vorenthielten.

> Vermeiden Sie bei innerer Erregung spontane Äußerungen und Handlungen, es könnte schädlich sein.

Was sollten Sie bei psychiatrischen Patienten und deren Angehörigen speziell beachten?

- Sie treffen auf Menschen mit psychischen Störungen. Was heißt das? Ihre Wahrnehmung, ihr Denken, Fühlen, Verhalten bzw. ihre Erlebnisverarbeitung und ihre sozialen Beziehungen sind krankhaft beeinträchtigt. Diese Störungen sind der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich.
- In der Regel kennen Sie die Patienten nicht in gesunden Zeiten. Der Kontakt entsteht erst im Krankheitsfall.
- Deshalb können Ihnen Veränderungen nicht so ins Auge springen. Sie müssen sie explorieren und im Verlauf systematisch beobachten.

Daraus entsteht die wesentliche Frage: Was werten Sie als Krankheitssymptom und wie reagieren Sie adäquat darauf?

Patienten mit einem *Abhängigkeitssyndrom* haben das unabweisbare Verlangen, sich in einen bestimmten Erlebniszustand zu versetzen. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen eines Individuums.

Welche Situationen lösen bei diesem Störungsbild häufig Ärger aus?

- Ihr Patient kommt verspätet und betrunken oder im schlechtesten Fall gar nicht aus dem Urlaub zurück.
- Ihr Patient verlässt die Station und bricht die Therapie vorzeitig ab.
- Ihr Patient trinkt Alkohol. Er betreibt Substanzmissbrauch auf Station.
- Sie erfahren, dass Ihr Patient sturzbetrunken und in schlechtem Zustand in der Notaufnahme war. Er war vor kurzer Zeit von Ihnen stabilisiert entlassen worden.

> Das Verlangen nach der Substanz (Craving) ist nicht mit nur einer Entgiftung dauerhaft unter Kontrolle zu bekommen. Wenn dem so wäre, hätten Sie falsch diagnostiziert.

Die *affektiven Störungen* sind vor allem durch eine klinisch bedeutsame, willentlich nicht kontrollierbare Veränderung der Stimmungslage gekennzeichnet. Die Grundstimmung kann in Richtung Depression gedrückt oder in Richtung Manie gesteigert sein. Stationär sind am häufigsten Patienten mit *Depressionen*.

Für die Diagnose werden Antrieb, Spontaneität, vegetative Funktionen (Schlafbedürfnis, Appetit, Libido) und soziale Interaktionen mitbetrachtet. Im Erleben der Betroffenen ist die Stimmung sehr gedrückt und es können irreale Befürchtungen vorliegen.

Welche Situationen lösen bei diesem Störungsbild häufig Ärger aus?

- Ihre Patientin fragt nach, ob Sie denn wirklich in Ihrem jugendlichen Alter ein „richtiger" Arzt seien und nicht nur ein Praktikant.
- Ihre Patientin spricht immer wieder zum selben Thema und dreht sich scheinbar im Kreis.
- Obwohl Sie ihr wiederholt Hoffnung gemacht haben, sieht sie weiterhin alles grau in grau.
- Ihr Patient zieht sich immer auf sein Bett zurück, obwohl ihm Aktivitäten gut tun würden.
- Laut Bericht der Nachtschwestern hat der Patient geschlafen, er klagt selbst aber über durchwachte Nächte.
- Ihre Patientin beharrt auf ihrer Meinung, eine Demenz zu haben und zu verarmen, was objektiv nicht stimmt.
- Sie erfahren zufällig von schweren Ehekonflikten, die bei Ihrer Exploration verneint worden waren.
- Die Genesung stellt sich nur zögerlich ein. Es wird von den Angehörigen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus gefordert.

Bei Patienten mit Depressionen ist Ihr therapeutischer Optimismus gefragt, auch wenn Ihre Patienten die Fortschritte erst später erkennen können.

Bei *gerontopsychiatrischen Patienten* treffen Sie am häufigsten auf *Demenzen*.

Eine Demenz führt zum Verlust kognitiver emotionaler und sozialer Fähigkeiten, was zur Beeinträchtigung sozialer Funktionen führt. Es gehen besonders bereits erworbene Denkfähigkeiten verloren. Weiterhin können das Kurzzeitgedächtnis,

die Sprache und die Motorik und bei einigen Formen auch die Persönlichkeit betroffen sein.

Wie spüren Sie Ihren Ärger darüber im Stationsalltag?

- „Das habe ich Ihnen doch schon gestern erklärt, hören Sie nicht richtig zu?"
- „Ich habe nicht so viel Zeit, antworten Sie mir auf die einfache Frage."
- „Sie müssen mir das schon genauer erklären, damit ich Sie verstehen kann."
- Die Patientin will immer wieder mit zur Stationstür hinaus, obwohl sie nicht orientiert ist.

Die Gehirnerkrankung verlangsamt das Tempo, setzt Grenzen und erzeugt nervende Redundanzen.

Als *Psychose* bezeichnet man eine schwere psychische Erkrankung, die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs und starker sozialer Beeinträchtigung einhergeht.

Welche Situationen lösen bei diesem Störungsbild häufig Ärger aus?

- Ihr Patient verhält sich unerwartet und sonderbar. Sein Verhalten entbehrt jeder Logik.
- Sie müssen ihn explorieren, aber er sagt nichts. Sie haben das Gefühl, dass Sie „Luft" für ihn sind.
- Sie spüren eine Feindseligkeit Ihnen gegenüber, die durch nichts begründet scheint.
- Ihr Patient bricht abrupt den guten Gesprächskontakt ab und starrt an die Decke.
- Ihr Patient lässt sich nicht dazu bewegen, aus dem Bett aufzustehen, geschweige denn, sich zu duschen.
- Ihre Patientin lehnt die verordnete Medikation ab, spuckt sie aus oder versteckt sie in den Pflanzen.
- **Achtung:** Mütter von psychotischen Patienten können zu Recht sehr allergisch auf (vermutete) Schuldzuweisungen reagieren.

> Das Verhalten von Patienten mit akuten Psychosen ist oft nicht vorhersehbar. Im Sozialkontakt sind sie geringer belastbar und schnell durch Reizüberflutung überfordert. Lassen Sie sich nicht irritieren und bewahren Sie die Ruhe. Machen Sie lieber kurze und häufigere Interventionen.

Das Verhalten von *Persönlichkeitsstörungen* weicht in charakteristischer Weise von einem flexiblen, situationsangemessenen Erleben und Verhalten ab. Es ist unflexibel oder wenig angepasst.

Welche Situationen lösen häufig Ärger, aber auch Ängste aus? Zum Beispiel Drohungen:

- Nach einem Suizidversuch besteht Ihre Patientin auf ihrer sofortigen Entlassung und droht mit einem erneuten Suizidversuch, wenn das nicht geschieht.
- Sie droht indirekt, wie „wenn Sie das tun, dann wissen Sie, was passiert".

- Es wird mit der Öffentlichkeit gedroht, z.B. „das bringe ich in die Presse".
- Es wird angedroht, „zum Chef zu gehen".

Nehmen Sie Drohungen bei Persönlichkeitsstörungen immer ernst, geben Sie ihnen aber nie nach. Nehmen Sie den Druck heraus durch einen Zeitaufschub. Da Sie als Anfänger noch nicht die volle alleinige Entscheidungsbefugnis für das prinzipielle therapeutische Vorgehen haben, müssen Sie sich sich ohnehin noch das Okay von Ihrem Oberarzt einholen.

- Vereinbarte Regeln werden gebrochen.
- Die anfängliche Therapiemotivation schwindet, ist nicht mehr zu erkennen.

Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ist ein respektierendes, konsequentes, aber nicht starres Verhalten Ihrerseits gefordert.

Bei *traumatisierten Patientinnen und Patienten* treten nach einem traumatischen Ereignis unterschiedliche psychische und psychosomatische Symptome auf. Häufig kommt es zu einem Gefühl von Hilflosigkeit sowie zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch das traumatische Erleben.

Welche Situationen lösen häufig Ärger und Ratlosigkeit aus?

- Kurz vor der geplanten Entlassung teilt die Patientin Ihnen mit, dass sie nicht in ein traumatisierendes Umfeld zurückkehren kann.
- Die Patientin nimmt nicht am üblichen Stationsleben teil und zieht sich ohne erkennbaren Grund zurück. Aktivierungsversuche Ihrerseits laufen ins Leere.
- Bei anamnestischen Erhebungen berichtet sie nur sehr zögerlich und mauert bei einigen Fragen.
- Ihre Patientin lehnt vehement eine notwendige körperliche Untersuchung ab.
- Ihre Patientin sieht keine Möglichkeit, wie ihr zu helfen sei. Es sei alles zwecklos.

Traumatisierte Patienten sprechen, wenn überhaupt, erst sehr spät und unter Druck über diese Tatsache. Sie müssen diese Hypothese im Kopf haben und behutsam abklären.

Welche *Ärger-Kontrollstrategien* können Sie anwenden?

- **Analysieren Sie und denken Sie um.** Wenn Sie Ärger aufsteigen fühlen, treten Sie innerlich einen Schritt zur Seite und fragen Sie sich, was Sie auf die Palme treibt. Kann es sein, dass Sie sich gerade darüber ärgern wollen, dass Ihr Patient psychisch krank ist? Dass ein Patient mit einem gebrochenen Bein nicht gut laufen kann, ärgert Sie doch auch nicht. Ihr Fachwissen kann Ihnen bei der Kontrolle Ihres Gefühls helfen.
- **Achten Sie auf sich.** Lassen Sie Fragen, Stress und negative Gefühle in der Klinik. Nutzen Sie Freizeit zur Erholung. Ausgeruht sind Sie ausgeglichener. Das tut allen gut.

- **Holen Sie sich Hilfe.** Sie arbeiten zwar eigenständig, aber im Team und unter fachlicher Anleitung. Sie müssen also nicht alle Probleme allein lösen. Es ist nichts Ehrenrühriges daran, sich zu beraten oder in schwierige Situationen nicht allein zu gehen. Sprechen Sie mit Ihrem Oberarzt darüber. Nutzen Sie auch das Angebot von Supervisionen.
- **Zeitmanagement.** Legen Sie fest, wie lange Sie Zeit eingeplant haben und sagen Sie das zu Beginn des Kontakts und halten Sie es ein.
- **Streben Sie kleine und realistische Therapieziele an.** So halten Sie Enttäuschungen in Grenzen.
- **Seien Sie geduldig.** Widerstehen Sie dem verständlichen Drang, das Leiden rasch zu beenden oder wenigstens zu lindern. Machen Sie sich klar, dass Sie Menschen mit überwiegend chronischen Syndromen und mit Komorbiditäten behandeln. Das braucht einfach Zeit.
- **Lachen Sie drüber.** Lachen baut Stress ab. Aber beachten Sie, wo Sie lachen. Unsichere Mithörer könnten sich „verlacht" fühlen.
- **Lenken Sie sich ab von kreisenden Gedanken.** Wenn etwas schiefgegangen ist, lassen Sie keine Befürchtungen aufkommen, dass Sie nun nicht mehr akzeptiert werden. Jeder macht Fehler. Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit konsequent auf ein erfreulicheres Thema.
- **Suchen Sie nicht ausschließlich die Schuld bei sich.** Berufsanfänger neigen dazu, ihren eigenen Einfluss zu überschätzen und sich Misserfolge anzulasten.
- **Vielleicht haben Sie Glück im Unglück?** Es hätte noch schlimmer kommen können. Sie erfahren etwas, was sonst nicht sichtbar geworden wäre.

Worauf sollten Sie *langfristig* achten?

- Wenn Sie sich sehr oft ärgern, ist das nicht gut für Sie und ein wichtiges Achtungssignal.
- Ärger und Frust werden häufig dadurch ausgelöst, dass Sie sich unsicher, ängstlich oder ohnmächtig erleben, sich angegriffen, nicht ernst genommen oder missachtet fühlen. Ihr Selbstwertgefühl ist verletzt.
- Als Berufsanfänger können Sie die Souveränität der erfahrenen Kollegen natürlich noch nicht haben. Geduld und Zuversicht kommen mit der Zeit.
- Wenn sich die Sicherheit und Gelassenheit nicht einstellen wollen und der Ärger rasch da ist, beobachten Sie sich genauer: Auf was „springen" Sie besonders an? Was nervt und ärgert Sie konkret?
  - Es liegen Antipathien vor. Ist Ihnen Ihr Gegenüber unsympathisch?
  - Sind Sie zu anspruchsvoll, zu perfektionistisch?
  - Zweifeln Sie an Ihrer Berufswahl?
  - Sind Sie grundsätzlich leicht reizbar?
  - Sind Sie selbstunsicher? Haben Sie eine schlechte Phase z.B. wegen persönlicher Schwierigkeiten?
- Wenn es immer dieselben Situationen sind, die Sie sauer werden lassen, haben Sie mehrere Möglichkeiten, darauf zu reagieren:

  - Weitermachen wie bisher, sich weiterärgern und darauf vertrauen, dass es Ihnen bald besser geht. Gefühle haben keinen Dauerbestand und klingen ja von allein ab.
  - Reagieren Sie einmal anders als üblich und beobachten Sie mit Neugier, was passiert.
  - Machen Sie sich Beobachtungen aus dem Team zunutze. Andere sehen durch den Abstand deutlicher, woran es klemmt.
  - Sprechen Sie mit Vertrauenspersonen darüber. Ihr Oberarzt hat sicher auch ein offenes Ohr.
- Wenn sich dadurch nichts bessert, die Anderen bei ständiger Wiederholung nur die Augen verdrehen, holen Sie sich professionelle Hilfe wie z.B. in der Balint- oder IFA-Gruppe oder in der Selbsterfahrung.

> Unsicherheit, Anspannung und Ärgernisse sind beim Start in den Job normal. Wenn Sie mehr Frust spüren als Zufriedenheit, Stolz, Freude, Anerkennung und Gelassenheit, dann holen Sie sich professionelle Hilfe.

„Das Ärgerliche am Ärger ist, dass man sich schadet, ohne anderen zu nützen."

– Kurt Tucholsky

Literaturempfehlung

Bonacker T (2008) Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien. Eine Einführung. 4. Aufl. Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

Mager K (2002) Bevor Sie aus der Haut fahren – Wie Sie fair und selbstbewusst Konflikte meistern. 2. Aufl. Rowohlt Reinbek bei Hamburg

Yalom ID (2010) Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch. Leben Lernen 66. Klett-Cotta Stuttgart

6. Umgang mit eigenen Fehlern: CIRS

Manfred Lang

Bei jeder Tätigkeit, die Menschen ausführen, passieren Fehler. Dies gilt natürlich auch für den Bereich der Medizin. CIRS (Abk. für Critical Incident Reporting System) ist ein Instrument im Rahmen des Risikomanagements, um die Häufigkeit von Fehlern zu senken.

Entwickelt wurde CIRS in der Nuklear- und der Luftfahrtindustrie. Fehler in diesen Bereichen haben immer wieder verheerende Konsequenzen, weshalb man sich dort seit vielen Jahren intensiv mit der Fehleranalyse beschäftigt hat. Eine der wesentlichen Erkenntnisse ist, dass einem tatsächlich eingetretenen Fehler eine große Anzahl von Beinahefehlern vorausgeht. Ein Beinahefehler (sog. Critical Incident) führt zu keinem erkennbaren Schaden. Für sich allein betrachtet ist er in der Regel harmlos, in der Verkettung mit anderen Beinahefehlern oder ungünstigen Umständen führt er aber zu einem tatsächlichen Fehler oder Schadensereignis. Mit einem CIRS versucht man, eine möglichst große Anzahl von Beinahefehlern zu erfassen und deren Entstehung für die Zukunft zu verhindern, in der Annahme, die sich möglicherweise entwickelnden tatsächlichen Fehler ebenfalls zu reduzieren.

Diese grundsätzliche Betrachtungsweise ist auch auf die Medizin übertragbar.

Die Behandlung eines Patienten setzt sich aus einer großen Zahl komplexer Behandlungsschritte zusammen, die von verschiedenen Abteilungen und Berufsgruppen erbracht werden. In diesem komplexen Zusammenspiel sind gegenseitige Missverständnisse, Fehlinterpretationen, individuelle Unerfahrenheit, Materialfehler und dergleichen ständige Begleiter, erst recht unter steigendem Zeitdruck. Sie werden aber meistens durch unterschiedliche Überwachungsverfahren (z.B. Visiten, „Vier-Augen-Prinzip“) kompensiert. Erst in einer spezifischen, in der

Regel als unvorhergesehen eingeschätzten Konstellation dieser Faktoren (Beinahefehler) kommt es zu einem tatsächlichen Schadensfall am Patienten.

Beispiel

Ein Patient wird von der Notaufnahme auf eine internistische Station verlegt. Aufnahmediagnose: HWI. Die aufnehmende Pflegekraft geht von einem Harnwegsinfekt aus, wegen des klinisch untypischen Zustandes fragt sie in der Notaufnahme nach. Antwort: Gemeint ist ein Hinterwandinfarkt.

(Beispiel eines „CIRS-Fall des Monats")

Für ein funktionierendes CIRS muss eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein. Ganz wichtig ist die Unterscheidung von stattgehabten, tatsächlichen Fehlern und Beinahefehlern. Tatsächliche Behandlungsfehler werden einer Schadensfallanalyse unterzogen und die Schuldfrage ggf. in einer juristischen Auseinandersetzung geklärt. Die Patienten- und Behandlungsdokumente können ggf. von der Staatsanwaltschaft beschlagnahmt werden. Definitionsgemäß ist durch Beinahefehler noch kein Schaden eingetreten. Um auf jeden Fall die meldende Person vor Ermittlungen zu schützen, muss die Identität des Meldenden anonym bleiben. Dazu werden in den existierenden CIRS verschiedene Rechtskonstruktionen genutzt, z.B. das Presserecht. Für das einzelne Krankenhaus gibt es verschiedene Möglichkeiten, wie die Anonymität der Meldenden sichergestellt werden kann. Natürlich ist die Anonymität nicht nur als Schutz vor möglichen staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen wichtig, sondern auch als Schutz vor Sanktionen durch Vorgesetzte, da CIRS-Meldungen oftmals unbequeme Konsequenzen bedingen. Damit ist eine weitere wichtige Voraussetzung für CIRS erkennbar. Die oberste Krankenhausleitung und damit alle Führungskräfte müssen CIRS nicht nur tolerieren, sondern aktiv unterstützen!

Weiterhin müssen eine oder mehrere niederschwellige Meldemöglichkeiten von Beinahefehlern für alle Berufsgruppen geschaffen werden. Grundsätzlich kann dies in Papierform oder IT-gestützt erfolgen. Die entsprechenden Formulare oder die Software-Ausstattung sind zu erstellen.

Wichtig ist die Freiwilligkeit der Meldung.

Mit der Auswertung der eingehenden Meldungen beschäftigt sich eine regelmäßig tagende CIRS-Gruppe. Vor allem für die Bewertung der eingehenden Meldungen sollte dieser Personenkreis die verschiedenen Arbeitsabläufe im Krankenhaus gut kennen. Dies gilt sowohl für die formalen Abläufe als auch für die medizinischen und pflegerischen Behandlungspfade. Der angesprochene Personenkreis sollte die Meldungen unbedingt in kurzfristigen Intervallen sichten, um auch auf akut bedrohliche Situationen angemessen schnell reagieren zu können. Der angesprochenen CIRS-Gruppe obliegt als weitere wichtige Aufgabe die Entscheidung darüber, wie die gemeldeten kritischen Situationen in Zukunft zu verhindern sind. Abhängig von der Meldung kann dies von der kurzfristig möglichen Behebung einer technischen Fehlfunktion bis zur Veränderung langjährig gewohnter, komplexer Abläufe im Krankenhaus reichen. Dafür sind die Konse-

quenzen für die Mitarbeiter oft mehrerer Abteilungen aus unterschiedlichen Berufsgruppen zu bedenken. Das ist in der Regel nur unter Einbeziehung der ärztlichen und pflegerischen Leitungsebenen zu erreichen. Darüber hinaus muss die vollzogene Änderung kontrolliert, d.h. als funktionierend eingeschätzt werden.

Eine entsprechende Rückmeldung erhält auch die meldende Person.

Der oben bereits angesprochenen Leitungsebene des Krankenhauses obliegt die Sicherstellung der erforderlichen personellen und materiellen Ressourcen für ein CIRS. Die Mitglieder der CIRS-Gruppe beispielsweise sind in der Regel mit der Wahrnehmung ihrer normalen täglichen Aufgaben voll ausgelastet. Zur Sicherstellung der CIRS-Routine müssen sie freigestellt werden, was meist nur durch geplante Freistellung im Dienstplan (plus Vertreterregelung) gewährleistet werden kann.

Aus der Erfahrung, dass auch andere Krankenhäuser von gemeldeten CIRS-Fällen profitieren können, haben sich in den letzten Jahren nationale und internationale Netzwerke entwickelt, die die Überprüfung von relevanten Fällen für das eigene Krankenhaus ermöglichen. Die Netzwerke bieten unter anderem anonyme Bearbeitung und Auswertungen von CIRS-Fällen an. Mittlerweile existieren solche Netzwerke auch im Bereich der niedergelassenen Ärzte in den Praxen. Als Beispiel sei das „Netzwerk CIRS-Berlin" der Ärztekammer Berlin genannt. Außerdem werden CIRS-Fälle regelmäßig in Fachzeitschriften offen erörtert.

Probleme

Die Erfüllung dieser Voraussetzungen für ein lebendiges CIRS ist für die meisten Krankenhäuser eine sehr große Herausforderung. Nach der ersten Einführung stellen viele Krankenhäuser fest, dass CIRS tatsächlich einer kontinuierlichen, offensiven Begleitung bedarf. Probleme wie mangelnde Beteiligung, fehlende Bereitschaft höherer Hierarchieebenen, sich vorgeschlagenen Lösungen unterzuordnen, oder fehlende Rückmeldung an die Meldenden können nur durch hartnäckiges und engagiertes Eintreten der Protagonisten schrittweise einer grundlegenden Lösung nähergebracht werden. Bei mangelnder Unterstützung läuft CIRS Gefahr, zu einer „Feigenblatt"-Funktion zu degenerieren und somit seine Möglichkeiten nicht ausschöpfen zu können.

Das große Ziel ist es, nicht nur eine angstfreie, vor Sanktionen geschützte Atmosphäre im Krankenhaus zu schaffen, sondern die Erkenntnis zu etablieren, dass mit CIRS ein offensives Instrument zur Verbesserung der Patientenversorgung zur Verfügung steht. Letztlich geht es um das Erreichen einer offeneren Kommunikationskultur im Krankenhaus über die verschiedenen Berufsgruppen- und Abteilungsgrenzen hinweg. Da erfahrungsgemäß der bei weitem größte Teil der Meldungen aus dem Pflegebereich kommt, kommt den Pflegekräften eine große Bedeutung zu. Der in den meisten deutschen Krankenhäusern seit Jahrzehnten gepflegte defensive Umgang mit kritischen Themen muss in den nächsten Jah-

ren schrittweise in eine diesbezügliche offensive Kommunikationskultur verändert werden.

7. Krisenbewältigung

Maike Wolf

Sie gehören zu denjenigen Berufsgruppen, die oft mit psychischen Krisen konfrontiert sind. Krisen charakterisieren den psychiatrischen Notdienst sowohl in der Notaufnahme eines Krankenhauses als auch bei der stationären Behandlung. Die Fähigkeit zum Krisenmanagement ist nicht „angeboren“, sondern muss erworben werden und verändert sich in Abhängigkeit der eigenen Berufs- und Lebenserfahrung als dynamischer Prozess. Im folgenden Kapitel sollen vor allem diejenigen Aspekte berücksichtigt werden, die Ihnen und vor allem dem psychiatrisch tätigen (Bereitschafts-)Arzt alltäglich begegnen.

Krisendefinition

Eine Krise kann jeden treffen und ist definiert durch den Verlust des psychischen Gleichgewichts durch akute belastende äußere oder innere Einflüsse (z.B. Arbeitsplatzverlust, partnerschaftliche Konfliktlagen, der Tod Nahestehender, körperliche Krankheit, usw.). Die Krise kann auch Ausdruck einer dekompensierten psychischen Erkrankung sein (Depression, Psychosen, uvm.). Allerdings gibt es auch entwicklungspsychologische und alterstypische kritische Lebensphasen (z.B. Auszug aus dem Elternhaus, „Midlife-Crisis“, Übergang in das Rentenalter), die dazu führen, dass die Betroffenen Hilfe suchen.

Wichtig ist, dass das krisenhaft Erlebte bzgl. des Schweregrades – für jeden unterschiedlich – im Subjektiven verbleibt. Und dies ist von Ihnen zu akzeptieren.

Das heißt, ähnliche Problemlagen lösen bei dem Einen gar keine Krise aus, beim Nächsten eine Schwerste. Die Krisen sind einerseits vor allem durch die Selbstbewertung des Betroffenen charakterisiert, der die eigenen Grenzen in der Be-

wältigung eines Problems erreicht oder überschritten zu haben glaubt, und/oder andererseits durch die vorwiegend von außen sichtbaren und oftmals zunächst vordergründigen, individuell unterschiedlichen Erscheinungsformen erkennbar, z.B. Agitation, Angst, Eingeengtsein auf das Problem, Affektinkontinenz, (expansives) gefährdendes Verhalten, fehlende verbale Erreichbarkeit.

Nun betreffen die Krisen in der Hauptsache die Patienten, zuweilen aber weiten sie sich je nach ihrer Schwere, manchmal auch durch Kumulation paralleler Krisenherde, auf Sie selbst aus, vor allem, wenn Sie im Bereitschaftsdienst allein tätig sind (zum Beispiel und durchaus vorkommend: der Patient in Polizeibegleitung mit suizidaler Krise in der Notaufnahme + zeitgleich ein Patient auf der gerontopsychiatrischen Station mit Luftnot + zeitgleich ein Patient mit psychomotorischem Erregungszustand auf der geschlossenen Station).

Therapeutische Haltung und erstes Vorgehen

Gerade im Notdienst ist der Zeitfaktor problematisch. Zumeist warten einige Patienten in der Notaufnahme und auf den Stationen müssen auch Dinge geklärt werden, doch es hilft nichts:

Sie müssen sich die Zeit unter Zuhilfenahme hierarchisierender Strategien und ggfs. Hinzuziehen weiteren Personals (z.B. zur Begleitung potenziell suizidaler Patienten) nehmen.

> Je fokussierter Sie sich auf den Patienten einlassen, umso besser – und bezogen auf das eigene Zeitmanagement: schneller – können Sie helfen.

Der Betroffene profitiert von einer empathischen, aber nicht ihn bemitleidenden, selbstreflektierten (z.B. „Helfenwollen“ versus „ich habe jetzt eigentlich gar keine Zeit“), nicht-wertenden (Fehler: „da müssen Sie doch nicht traurig sein“, „das ist doch jetzt wirklich nicht so schlimm“) Haltung des Therapeuten, wobei Sie zunächst einen Sicherheit gebenden „Resonanzraum“ der negativen Emotionen bieten sollen, ohne diese Gefühle zu den Eigenen zu machen. Wenn das Gespräch weniger zur Entlastung führt als denn zu weiterer Eskalation, muss stoppend interveniert werden.

> Sie müssen den kühlen Kopf bewahren, ohne reserviert zu sein.

Zu klären sind der Auslöser sowie die gegenwärtigen Lebensumstände und die Frage nach Bezugspersonen. Durch aktives Zuhören gelingt es je nach Schweregrad schon häufig, hier bereits Ressourcen freizulegen. In Abhängigkeit der Anamnese und des psychischen Befundes wird oftmals auch deutlich:

Nicht jede Krise bedeutet auch „psychisch Kranksein“.

Eine Krise kann sich auch im Rahmen „gesunder menschlicher Reaktionen“ bewegen; ohne dies zu verharmlosen, denn Leiden besteht offensichtlich. Dies ist eine Tatsache, die den Betroffenen entlasten kann, denn er hat vielleicht befürchtet, dass mit ihm etwas „nicht stimmt“. Als nächstes gilt es, das persönliche Anliegen („Was denken Sie, wie ich helfen kann?“) des Betroffenen zu klären: Mag sein, dass er nur – endlich einmal – darüber sprechen will, oder er möchte Informationen über Stellen, an die er sich wenden kann (daraus folgt, dass es förderlich ist, ein Repertoire der wichtigsten Anlaufstellen parat zu haben, z.B. Krisendienste, Krisenhäuser, Anlaufstellen für häusliche oder sexuelle Gewalt, Seelsorger), oder er will ein Medikament, damit er schlafen kann. So ergibt sich ein individueller Auftrag, ohne dass der Therapeut sich nach dem Gießkannenprinzip verausgaben oder mechanistisch verhalten muss („Rezeptblock“); bis jetzt haben Sie „nur“ aktiv zugehört. Überdies können Sie natürlich Informationen geben, die Sie darüber hinaus als wichtig empfinden, sollten jedoch immer den emotionalen Zustand des Betroffenen beachten:

> Je erregter oder apathischer der Betroffene, desto weniger werden Informationen aufgenommen werden, und umso mehr muss der Therapeut direktiv zupackend sein.

Je nach psychosozialer Situation und Symptomatik kann auch eine stationäre Aufnahme auf die psychiatrische Station infrage kommen. Bei den etwas Stabileren gilt es auch, die Hilfen im „Hier und Jetzt“ zu beginnen, z.B. „Wo schlafen Sie heute?“, „Wen können Sie benachrichtigen?“, „Sollen wir das von hier aus tun?“

Das Vorgehen ist also lösungsorientiert, unterstützend und pragmatisch und richtet sich nach den Bedürfnissen des Betroffenen.

Die psychische Krise mit Eigen- oder/und Fremdgefährdung

Um diesem schweren Typ der Krise, einer Notfallsituation, gewachsen zu sein, ist das theoretische Wissen um beispielsweise rechtliche Aspekte, wie die Voraussetzungen und die Vorgehensweise für eine Unterbringung gegen den Willen des Patienten, sowie um klinische Kennzeichen und Risikofaktoren von selbst- und fremdgefährlichen Entwicklungen unabdingbar. In der Praxis ist es erforderlich, die Situation von allen Seiten zu erfassen: Das bedeutet, dass neben der Schilderung des Problems durch den Betroffenen – soweit möglich – und der Erhebung des psychischen Befundes auch unmittelbar fremdanamnestische Angaben durch die Begleiter (Polizei, Feuerwehr, Angehörige), auch soweit möglich, eingeholt werden müssen.

Dieses Wissen ist Voraussetzung, das vorliegende Problem von der „formalen“ Seite auf seinen ggf. gefährlichen Kern herunterzubrechen. Dieser bildet die Grundlage der weiteren Vorgehensrationalen.

Hierzu ist zu bemerken, dass gerade in der Anfangszeit der Berufstätigkeit (aber durchaus auch noch später) diese Problemkondensierung eine Herausforderung

darstellt, sei es durch die Komplexität des Falles, sei es aufgrund therapeuteneigener (Selbstreflexion!) emotionaler („Ich habe Angst.“) und kognitiver („Ich sehe nicht mehr durch.“) Hürden.

Beziehen Sie rechtzeitig den Vorgesetzten oder den im Hintergrund tätigen erfahrenen Kollegen ein!

Im Krisenmanagement werden neben dem formal-theoretischen Wissen die eigene Kompetenz für deeskalierende Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten und die Fähigkeit zur Hierarchisierung von Problemen und dem Wissen eigener Grenzen benötigt.

Suizidalität: Bei allen Krisenbetroffenen ist Suizidalität zu erfragen.

Es ist ein Kunstfehler, Suizidalität nicht abzuklären.

Potenziell suizidal ist derjenige, der von Suizid spricht, Gedanken daran hat oder den Suizid nebulös anspricht oder in seinem Problem sehr eingeengt erscheint (z.B. im Wahn).

Eine Suizidankündigung ist jederzeit wörtlich zu nehmen, egal, ob es appellativ, manipulativ, theatralisch oder wahnhaft imponiert.

Folgende Fragen sind hilfreich: „Fühlen Sie sich hoffnungslos? Denken Sie daran, dass Sie das alles nicht mehr aushalten können? Haben Sie sich gewünscht, alles wäre vorbei, lieber wären Sie tot? Haben Sie sogar daran gedacht, sich das Leben zu nehmen, zu sterben? Haben Sie dabei sogar konkrete Vorstellungen oder Pläne? Denken Sie im Moment auch daran?“ Aber auch: „Was hat Sie bisher davon abgehalten, diese Pläne umzusetzen?“. Es gilt, dass jeder Patient mit stattgehabtem Suizidversuch entweder auf der somatischen (zur Sicherung der Vitalfunktionen) oder der psychiatrischen Station behandelt werden muss. Abzugrenzen sind diejenigen Betroffenen mit suizidalen Gedanken, die glaubhaft und nachhaltig prospektive Aspekte benennen können, derentwegen es sich für sie lohnt, weiter am Leben zu bleiben und die somit als absprachefähig gelten. In diesen Fällen sollten wenn möglich Nahestehende auch in mitunter direktiver Weise einbezogen werden: „Ich sorge mich, wir sollten XY informieren“; nur selten stößt man dann tatsächlich auf Widerspruch.

Fremdaggressivität: Sind Sie mit einem angespannten, sei es intoxikierten oder wahnhaften und impulsiven Patienten konfrontiert, geht es in erster Linie um Ihre Sicherheit.

Sie sollen sich nicht in Lebensgefahr begeben.

Das bedeutet, Abstand zu halten, sich in der Nähe von Türen oder potenziellen Fluchtwegen aufzuhalten und/oder die Untersuchung nicht allein durchzuführen.

Ihre eigene empfundene Angst ist nicht unprofessionell!

Manchmal ist es direkt hilfreich, diese auch anzusprechen, z.B.: „Ich möchte Sie zunächst fragen: Muss ich Sorge haben, dass Sie mir etwas tun, wenn wir jetzt miteinander sprechen?“. Oftmals kommt es hiermit schon zu einer sichtlichen Entspannung und Klärung. Trotzdem sollten Dritte in der Nähe bleiben. Bei Betroffenen, die anhaltend eine eingeengt aggressive Haltung beibehalten und verbal nicht erreichbar erscheinen, ist respektvoll mit physischer Übermacht (ggfs. unter Hinzuziehen der Polizei) entgegenzutreten. Die Sprache sollte klar sein, Ansprachen an den Betroffenen über das „Hier und Jetzt“ und die Information über das ggf. weitere Vorgehen deutlich und auf das Wesentliche reduziert und weiterhin authentisch sein („Wir nehmen Sie ernst“).

Literaturempfehlung

Cullberg J (2004) Krise als Entwicklungschance. Psychosozial-Verlag Gießen

Riechler-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg.) (2004) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Hogrefe Göttingen

Rupp M (2014) Basiswissen: Psychiatrische Krisenintervention. 2. Auflage. Psychiatrie Verlag Köln

8. Umgang mit aggressivem Verhalten

Cornelia Klinger

Die ärztliche Behandlung von psychisch kranken Menschen beinhaltet im stationären Alltag auch die Auseinandersetzung mit einem Thema, das bei den meisten Menschen zunächst berechtigte Angst hervorruft: der Umgang mit aggressivem Verhalten. Dieses Problem ist deshalb so besonders, weil die eigene emotionale oder sogar physische Betroffenheit bei aggressiven Auseinandersetzungen mit Patienten das sachliche und rasche ärztliche Handeln nicht beeinträchtigen darf.

Gerade für Anfänger auf dem Gebiet der Psychiatrie ist dies eine große Belastung und wirkt oftmals erschreckend. Eine Gewöhnung an aggressive Verhaltensweisen oder sogar eine echte Routine im Umgang damit gibt es auch nach mehreren Berufsjahren kaum.

Jedoch gibt es praktische Empfehlungen, die auf dem Boden von wissenschaftlichen Erkenntnissen, ethischen Überlegungen und den gesetzlichen Bestimmungen entstanden sind und die es ermöglichen, Sicherheit für Patienten und Beschäftigte der Klinik herzustellen und dabei die Menschenwürde aller Beteiligten zu wahren. Diese sind in der S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten“ aus dem Jahre 2010 zusammengefasst, auf die in der folgenden Darstellung immer wieder Bezug genommen wird.

Den therapeutischen Maßnahmen bei aggressivem Verhalten ist voranzustellen, dass der Prävention solcher Ereignisse in der psychiatrischen Arbeit ein hoher Stellenwert einzuräumen ist. Aggression findet in Beziehungen statt. Die Beziehung zu den Patienten wird in der Klinik von allen Berufsgruppen gestaltet (Leitlinie S. 29 [im Folgenden LL]). Respekt und Würde sollten stets den Umgang mit den Patienten prägen. Es muss durch alle an der Behandlung Beteiligten frühzeitige und ausreichende Informationen sowie nachgehende Erklärungen über alle stattgefundenen Behandlungsmaßnahmen gegenüber dem Patienten geben, die zudem seinem aktuellen Verständnisvermögen angepasst sind. Neben der Beziehungsgestaltung tragen Setting und Milieugestaltung sowie klare und transparente Strukturen auf der Station zur Reduktion aggressiver Vorfälle bei (LL, 27).

Erkennung aggressiven Verhaltens

Der aussagekräftigste Prädiktor für Aggression ist eine Vorgeschichte mit aggressivem Verhalten (LL, 18). Die Anamnese des Patienten sollte unter diesem Aspekt studiert bzw. das Pflegepersonal, das den Patienten eventuell aus früheren Krankheitsphasen kennt, gezielt danach befragt werden.

Bei der Beurteilung, ob ein Patient aggressives Verhalten zeigen könnte, sind folgende psychische Verhaltenstendenzen zu beachten:

- feindselige Attributionen
- Tendenz zur höheren Gewichtung negativer Informationen
- rigide kognitive Schemata
- eingeschränkte soziale Fertigkeiten
- eingeschränkte Fähigkeit zur Empathie und Perspektivübernahme
- eingeschränkte Impulskontrolle

Frühwarnzeichen, die auf eine nahende Eskalation hinweisen, sind:

- drohende Körperhaltung und Gestik
- geringe Körperdistanz zwischen Mitarbeitern und Patienten
- verbale Bedrohungen und Beschimpfungen
- psychomotorische Erregung und Anspannung
- Sachbeschädigungen
- gesteigerte Tonhöhe und Lautstärke

Wenn Gewalttätigkeit vermutet werden muss, ist es zunächst erforderlich, den Patienten intensiv zu beobachten und zu begleiten. Diese vom Arzt anzuordnende und vom Pflegepersonal durchzuführende Maßnahme beinhaltet regelmäßige Kontakte im festzulegenden Zeitabstand (z.B. halbstündlich oder viertelstündlich) bis hin zur Einzelbetreuung. Die Kontakte dienen neben der frühzeitigen Wahrnehmung von eskalierendem Verhalten auch der therapeutischen Einflussnahme.

Interventionen

Eine zwangsweise Behandlung eines Patienten kann sowohl der Gefahrenabwehr als auch der Besserung des Krankheitszustandes selbst dienen. Die Durchsetzung einer Zwangsbehandlung ist ein massiver Eingriff in die Autonomie eines Menschen und bedarf äußerst sorgfältiger und wiederholter Prüfungen. Sie ist nur legitimiert, wenn die freie Willensbildung durch die psychische Erkrankung partiell oder vollständig aufgehoben ist und die Fremdgefährdung eine kausale Folge der Erkrankung darstellt (LL, 49). Ziel muss es sein, die am wenigsten in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten eingreifende Maßnahme zu wählen.

Im Stationsalltag empfiehlt es sich, im Behandlungsteam abzusprechen, wer eine vom Patienten positiv bewertete Beziehung aufbauen konnte und daher besonders geeignet ist und sich selbst in der Lage fühlt, einen kommunikativen Zu-

gang zu finden und deeskalierend wirken zu können. Dies muss nicht in jedem Fall einer drohenden Eskalation der behandelnde Arzt sein!

Spätestens an dieser Stelle muss überprüft werden, ob eine Durchsuchung auf Waffen oder gefährliche Gegenstände bereits erfolgt ist oder ob solche in Reichweite des Patienten gelangt sein könnten.

Verbale Deeskalation

Die verbale Deeskalation einer potenziell gewalttätigen Situation hat zum Ziel, die emotionale Anspannung des Patienten zu reduzieren. Dies gelingt am besten, wenn der Arzt deutlich machen kann, dass er ein echtes Interesse an der Sichtweise des Gegenübers hat und dass die mitgeteilten ärger- oder angstauslösenden Probleme ernst genommen werden. Hierbei sollten Ich-Botschaften verwendet werden (Bsp.: „Ich erlebe es so ...“ und nicht: „Das ist so!“).

Während eines verbalen Deeskalationsversuchs muss immer eine Risikoabschätzung erfolgen, inwieweit die angespannte Situation überhaupt noch ohne Einsatz physischer Mittel zu bewältigen ist. In der klinischen Praxis hat es sich bewährt, diese Risikoabwägung möglichst zusammen mit den Pflegekräften vor Ort vorzunehmen.

Fixierung

Wenn alle anderen Deeskalationsversuche erfolglos blieben, sind freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen das Mittel der letzten Wahl, um Gefahren für den Patienten selbst und andere Menschen abzuwenden. Nur der Arzt darf nach eigener Untersuchung des Patienten und Urteilsbildung eine Fixierung anordnen. Die Gründe für die Fixierung und die vorausgegangenen Deeskalationsversuche müssen schriftlich dokumentiert werden.

Eine Fixierung erfolgt mittels Gurtsystemen am Bett, um die Bewegungsmöglichkeit des Patienten weitgehend einzuschränken. Dabei sollte mindestens eine 4-Punkt-Fixierung erfolgen, also an beiden Armen und beiden Beinen, da sonst erhebliche Verletzungsgefahren für den Patienten drohen. Bei höchstagitierten Patienten können auch eine 5-Punkt-Fixierung (zusätzlicher Bauch- oder Schultergurt) oder sogar weitere Fixierungspunkte erforderlich werden.

Vor der Fixierung selbst sollte vom Arzt sichergestellt werden, dass eine ausreichende Anzahl von Mitarbeitern anwesend ist, um so sicher und so rasch wie möglich handeln zu können.

Trotz der schwierigen Situation, in der sich alle Beteiligten befinden, sollte die Überwältigung des Patienten von Bemühen um eine möglichst würdevolle Behandlung geprägt sein. Hierzu zählt, dass Patienten nicht vollständig entkleidet werden sollten.

Bei einer notwendigen Fixierung von Patientinnen muss beachtet werden, dass es wegen der hohen Prävalenz von posttraumatischen Störungen unter psychisch kranken Frauen zu einer Retraumatisierung kommen kann. Hierbei muss sich

besonders um Alternativen, z.B. kontinuierliche Überwachung anstelle von Fixierung, bemüht werden.

Der fixierte Patient wird für die Dauer der Maßnahme in Einzelbetreuung durch eine Pflegekraft kontinuierlich überwacht und begleitet.

Eine Aufklärung des Patienten über die Fixierung und die beabsichtigte Dauer ist erforderlich. Die Dauer der Fixierung ist so kurz wie möglich zu halten, die Indikation zur Fixierung ist durch eine ärztliche Untersuchung des Patienten engmaschig zu überprüfen.

Pharmakologische Interventionen

Wenn das aggressive Verhalten bei einer psychiatrischen Erkrankung mit einem psychomotorischen Erregungszustand einhergeht, ergibt sich die Indikation für eine pharmakologische Behandlung. Dies stellt einen psychiatrischen Notfall dar und erfordert unmittelbares Handeln.

Auch hier ist vor der Entscheidung zur zwangsweisen Applikation eines Medikaments der Versuch zu unternehmen, den Patienten zur Kooperation zu bewegen. Wenn das Einverständnis des Patienten erreicht werden kann, ist in der Regel die orale Medikation vorzuziehen. Wenn der Patient vor der Erkrankung Äußerungen zur Behandlung in einem solchen Fall getätigt hat (z.B. im Rahmen einer Behandlungsvereinbarung), ist dies zu berücksichtigen.

Die medikamentöse Zwangsbehandlung erfordert eine klare medizinische Indikation und erfolgt auf rechtlicher Grundlage (s. Kap. III.4).

Das Ziel einer pharmakologischen Intervention ist die Sedierung. Hinsichtlich der Substanzwahl besteht die Schwierigkeit, dass sich die verfügbaren Studienergebnisse auf Patientenbehandlungen beziehen, die den Einschlusskriterien der Studien entsprochen haben. Im klinischen Alltag bestehen häufig andere Bedingungen (z.B. begleitende Intoxikationen, kein Informed Consent möglich), sodass sich die in der Leitlinie empfohlenen Substanzen zusätzlich auf klinische Erfahrungen stützen (LL, 65).

Die Substanzwahl im Einzelnen bleibt den erprobten und festgelegten Standards der jeweiligen Klinik überlassen. Neue Erkenntnisse über unerwünschte Arzneimittelwirkungen müssen dabei dringend beachtet werden. Dies gilt auch für Substanzen, die bereits über Jahrzehnte eingesetzt wurden. Zum Beispiel haben neue Daten über QTc-Zeit-Verlängerungen bei Haloperidol 2010 zu einer Einschränkung der Zulassung dieses Medikaments geführt. Die parenterale Gabe wird nur noch intramuskulär empfohlen. Eine intravenöse Applikation bedarf eines besonderen kardialen Monitorings.

Wenn aggressive Erregungszustände mit Intoxikationen von Alkohol, Drogen oder unbekannten Substanzen einhergehen, ist die Indikation zum Einsatz von sedierenden Medikamenten außerhalb intensivmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten wegen der Gefahr der Atemdepression kritisch zu stellen.

Nachbesprechung von aggressivem Verhalten mit dem Patienten

Nachbesprechungen von aggressivem Verhalten und Zwangsmaßnahmen bieten die Möglichkeit, systematisch die Erfahrungen und Sichtweisen der Patienten in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen, präventive Maßnahmen zu vereinbaren, die Patienten emotional entlasten und das möglicherweise traumatisierende Ereignis zu verarbeiten (LL, 82).

Ein rückblickendes Gespräch über die abgelaufene Zwangsmaßnahme sollte daher in Abhängigkeit vom Befinden des Patienten in jedem Fall durchgeführt werden. Gesprächsteilnehmer sind der Patient, der die Zwangsmaßnahme anordnende Arzt sowie eine pflegerische Bezugsperson. Inhaltlich sollten die Darstellung der (häufig unterschiedlichen) Sichtweisen von Patient und Mitarbeitern im Vordergrund stehen sowie das Gespräch für Absprachen zur Vermeidung künftiger Eskalationen genutzt werden. Das Gespräch wird in der Krankenakte dokumentiert.

Von aggressivem Verhalten betroffenen Mitpatienten müssen zeitnah Einzelgespräche zur Bewältigung des Erlebten angeboten werden.

Betreuung der Mitarbeiter, die von Patientenübergriffen betroffen waren

Wenn Mitarbeiter von einem aggressiven Vorfall betroffen, d.h. physisch oder psychisch Gewalt ausgesetzt sind, muss nach dem Vorfall unmittelbar eine kollegiale Unterstützung erfolgen. Als weitergehende Nachsorge, falls gewünscht, sollte ein in der Klinik etabliertes Nachsorgeteam Gesprächskontakte anbieten.

Fazit

Abschließend ist zu sagen, dass jede aggressive Auseinandersetzung mit einem Patienten ein Erlebnis im ärztlichen Tun ist, das jedem nahe geht und wohl niemandem gleichgültig ist. Diese Ergriffenheit sollte genutzt werden, um immer wieder Vorgehensweisen, Kommunikationsstrategien und Handlungsimpulse in sich selbst zu erforschen. Es ist überdies sinnvoll für die Bewältigung solcher schwierigen Erlebnisse, die eigenen Erfahrungen im Behandlungsteam zu besprechen, zu reflektieren und gemeinsam die emotionale Belastung zu tragen.

Literaturempfehlung

S2 Praxisleitlinie in Psychiatrie und Psychotherapie (Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [DGPPN]) (2010) Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie (erstellt von einer Leitlinienprojektgruppe unter Federführung von Tilman Steinert), Steinkopff Verlag Frankfurt/Main

9. Menschlicher Umgang mit verwirrten Patienten

Eckhard Schlauß

Der verwirrte Patient

Der „verwirrte Patient“ – egal ob dement oder dement und delirant – bedarf einer empathischen Gestaltung der Begegnung. De facto ist jede Interaktion auch Kommunikation, und sollte bewusst eingesetzt werden. Das Gespräch mit einem „verwirrten Patienten“ hat immer auf Augenhöhe (gerade auch im wörtlichen Sinn!) zu erfolgen.

Was ist person-zentrierter Umgang – VIPS nach Dawn Brooker (2008, 17ff.)?

- **V** – Valorieren (wertschätzen) Sie Menschen mit Demenz und ihre Pflegepersonen.
- **I** – Behandeln Sie die Menschen als Individuen.
- **P** – Betrachten Sie die Welt aus der Perspektive von Menschen mit Demenz.
- **S** – Schaffen Sie eine positive soziale Umgebung, die Wohlbefinden ermöglicht.

Diese Regeln sollten die Grundlage „Ihrer Philosophie“ für jede Interaktion mit „verwirrten Patienten“ sein.

Der demente vs. der verwirrte Patient

An dieser Stelle muss eine Differenzierung erfolgen, da ein Delir sowohl ursächlich als auch symptomatisch zu behandeln ist. Bitte beachten Sie die folgenden charakteristischen Merkmale:

- Er ist unaufmerksam – leicht ablenkbar.
- Er gibt unpassende Antworten.
- Er wechselt zwischen einem verwirrten und klaren Zustand.
- Er kann nicht verstehen, wo er ist.
- Er ist unruhig, ärgerlich, aggressiv oder auch teilnahmslos.
- Er hat Angst.
- Er kann Dinge sehen, hören oder riechen, die nicht da sind (Halluzinationen).

Führen Sie bitte einen kurzen Aufmerksamkeitstest durch – Monate rückwärts beginnend mit Dezember abfragen! Für Patienten, die eine Aphasie haben, oder denen aus anderen Gründen eine verbale Kommunikation nicht möglich ist, gibt es einen kurzen Aufmerksamkeitstest aus einer entsprechenden Testbatterie (vgl. Cieplinska-Legge et al. 2013). Im Folgenden wird der „delirante Patient" nicht mehr speziell betrachtet.

Herausforderndes Verhalten – beim dementen Patienten

Infolge der gestörten Interaktion und Kommunikation zwischen neurologisch Behinderten (dementen Patienten) und Menschen, deren Kulturtechniken intakt sind, kommt es zu Missverständnissen und Störungen, in deren Folge Formen herausfordernden Verhaltens (fehlbeschrieben als Symptome!) seitens der Menschen mit Demenz entstehen, die zum eigentlichen „Problem" werden. In einem Milieu mit einem hohen Maß an Expressivität und einem geringen Grad an Dominanz kann ungewöhnliches und bizarres Verhalten toleriert, begleitet, ermöglicht und „gehalten" werden.

Der Umgang/die Kommunikation wird aus einer grundlegend therapeutischen, zulassenden Haltung heraus mit Wertschätzung, Echtheit und Empathie gestaltet. Es geht darum, den anderen einfühlend zu verstehen und ihn in der Welt seiner Szenen zu begleiten, nicht allein zu lassen, sondern – auch im Schreien – auszuhalten, bis der Zustand sich ändert.

> Menschen mit Demenz können nicht mehr „positiv bei sich selbst intervenieren" bzw. sich durch Selbstinstruktionen aus belastenden Gefühlen befreien. Daher sollten Sie diese Menschen empathisch begleiten, mit ihren Gefühlen mitgehen und Ihnen helfen, diese Gefühle zu wandeln.

Der Umgang/die Kommunikation sollte offen und nicht durch vorab festgelegte Ablaufsysteme „geschlossen" sein. In der Situation muss herausgefunden und erarbeitet werden, was jetzt und hier Sinn machen kann. Eine sich an der Lust und am Humor orientierende Suchhaltung mit genügend Neugierde und Phantasie ist nötig, um „Schlüssel" zu den Welten und Szenen der Menschen mit Demenz zu gewinnen.

Arbeiten Sie nicht gegen die „Symptome“. Vermeiden Sie diesen Fehler! Verstehen Sie alles herausfordernde Verhalten des demenziell erkrankten Menschen als Kommunikationsversuch.

Arbeit mit Menschen mit Demenz ist therapeutische Körperarbeit. Alle Menschen, die demenziell erkrankte Menschen betreuen, müssen lernen, schreiende Menschen zu halten, Trost zu vermitteln, zu streicheln, zu berühren, den eigenen Leib einzusetzen.

Dies wird ohne körpertherapeutische Selbsterfahrung nicht möglich sein.

Setzen Sie körperliche Nähe bewusst ein. Diese Selbsterfahrung sollte sehr bedacht und behutsam gestaltet werden.

Dies gilt in gleicher Art und Weise für den demenziell erkrankten Menschen und auch für Sie!

Sie stellen sich dabei mit Ihrer ganzen Person zur Verfügung und eben nicht als objektivierender, rationaler, distanziert-sachlicher Experte. Das zweckrational-technische Ideal des neutralen Experten ist als Widerstand gegen das Verstehen imaginärer Lebenswelten und als Zurückweisung des Beziehungsangebotes des Dementen zu analysieren (Gröning 1997). Sie verfügen über entsprechendes Fachwissen, aber der demenziell erkrankte Mensch (und nicht zu vergessen der betreuende Angehörige und/oder andere betreuende Personen) ist der Experte. Sie sollten sein Berater und Interessensvertreter sein.

Hinweise zur Kommunikation

Bei der Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen sind viele Probleme möglich. Folgende kommunikative Eigenheiten sind charakteristisch für den dementen Patienten:

- Er beginnt kein Gespräch bzw. beteiligt sich nicht daran.
- Er erzählt immer dasselbe.
- Er hat Wortfindungsprobleme.
- Er versteht keinen Spaß.
- Er lässt sich nicht überzeugen.
- Er versteht nicht, was man ihm sagt.
- Er behauptet falsche Dinge und beharrt darauf.
- Er kann sich nicht entscheiden.

Entsprechend sollte die Kommunikation individuell angepasst werden. D.h. Sie sollten immer im Blick haben, dass jeder demenziell erkrankte Mensch „seine Demenz“ hat. Der Umgang ist also individuell! Die Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen ist durch mehrere Vorannahmen charakterisiert:

- Weisen Sie ihn nicht auf Fehler oder Defizite hin!
- Geben Sie vorsichtige Hilfestellungen bei Wortfindungsproblemen!

- Vermeiden Sie Störreize!
- Verwenden Sie kurze einfache Sätze!
- Setzen Sie eine eindeutige Mimik und Gestik ein!
- Betonen Sie die Schlüsselwörter und setzen Sie diese ans Ende des Satzes!
- Halten Sie sich zum Gespräch im Blickfeld des Kranken auf!
- Bereiten Sie einen Themenwechsel langsam vor!

Mögliche Probleme und praktische Tipps

Unbefriedigte Bedürfnisse unterschiedlichster Art können zu Zuständen höchster Anspannung führen, wie z.B. Angst, Harndrang, Obstipation, Schmerzen, Durst und Hunger. Man sollte auch immer an einen entgleisten Diabetes denken! Die Kommunikation sollte mit einer höflichen Begrüßung und einer klaren und eindeutigen Vorstellung der eigenen Person beginnen.

Es kann von Vorteil sein, dass das Gespräch gemeinsam mit dem begleitenden Angehörigen oder Betreuer erfolgt. Dies muss aber nicht so sein. Es ist auch möglich, dass der Patient dies ablehnt, oder ihn dies sichtlich verunsichert. Dann sollte man nach Möglichkeit zuerst fremdanamnestisch tätig werden. Dabei kann man Anhaltspunkte erfahren, ob die Verhaltens- oder Wesensveränderungen akut sind!

Im Gespräch mit dem Patienten ist es ganz wichtig, sowohl sprachlich als auch mimisch und gestisch die mögliche innere Not des Patienten zu spiegeln und Hilfe anzubieten. Selbst wenn Sie die Gründe hierfür nicht erkennen können, begleiten Sie ihn solidarisch. Versuchen Sie, die Selbstoffenbarungsbotschaft zu ergründen. Versuchen Sie, sich in den Kranken „einzufühlen", d.h. seine Selbstoffenbarungsbotschaften zu entschlüsseln. Anerkennen, akzeptieren und wertschätzen Sie die Selbstoffenbarungsbotschaften des Kranken, auch wenn sie unverständlich sind. Seien Sie neugierig und phantasievoll!

Trial and error!

Eine gute Beobachtung des Patienten ist in diesem Zusammenhang unerlässlich. Sie sollten neben der Mimik und Gestik insbesondere auf die Stimme, die Stimmung und die Haltung des Patienten achten und diese entsprechend aufnehmen und begleiten. Alles was Sicherheit beim Patienten erzeugen könnte, hat Bedeutung. Achten Sie immer auf die Reaktion des Patienten auf Ihr eigenes Agieren.

Literaturempfehlung

Brooker D (2008) Person-zentriert pflegen. Das VIPS-Modell zur Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz. Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von Müller-Hergl C, Rüsing D, Verlag Hans Huber Bern

Cieplinska-Legge E, Kreisel S, Thomas C (2013) Delirdiagnostik und Sprachstörung. Vortrag auf dem 2. deutschsprachigen Delirtag Bielefeld 2013. URL: http://evkb.de/fileadmin/content/download/Psychiatrie/delirtag_2013/legge_workshop_delirdiagnostik_bei_patienten_mit_kommunikationsstoerungen_2013.pdf (abgerufen am 18.02.2015)

Gröning K (1997) Pflege in Zeiten der Fortschritts- und Konsumphilosophie. Dr. med. Mabuse 108(4), 29–36

Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (Hrsg.) (2010) Demenzkranke Patienten im Krankenhaus – ein Praxishandbuch für Mitarbeiter in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft Hannover

10. Sterben im Krankenhaus

André-Sebastian Zank-Wins

Das Krankenhaus ist ein ungünstiger Ort für sterbende Menschen. Krankenhausbehandlungen intendieren Genesung oder zumindest Stabilisierung der gesundheitlichen Situation. Sollten therapeutische Maßnahmen mit dieser Zielsetzung medizinisch nicht mehr indiziert oder vom Patienten (z.B. im Rahmen einer Patientenverfügung) nicht mehr gewünscht sein, so bemüht man sich schnellstmöglich um eine Verlegung zurück in die Häuslichkeit, in ein Pflegeheim oder gar ein Hospiz.

Dennoch wird im Krankenhaus gestorben! Die Verlegung eines sterbenskranken Menschen ist häufig nicht mehr möglich. Nun gilt es, die bestmöglichen Rahmenbedingungen für den Sterbenden zu realisieren. Ein gutes Zusammenspiel aller vorhandenen Berufsgruppen ist hierbei von erheblicher Bedeutung.

Was aber benötigt ein sterbenskranker Mensch? Dame Cicely Saunders, die Hauptinitiatorin der neuzeitlichen Hospizbewegung, hat vom „total pain“ gesprochen, dem „totalen Schmerzerleben“ eines sterbenskranken Menschen, dem es auf fünf verschiedenen Ebenen zu begegnen gilt:

Total pain (Saunders 2001)

- physisch
- psychisch
- sozial
- spirituell

- „staffpain“ (Mitarbeiterschmerz)

Der physische Schmerz

Hauptbedürfnis eines sterbenskranken Menschen ist die wirksame Linderung aller ihn beeinträchtigenden körperlichen Symptome. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Obstipation, Angst, Schwäche, etc. können unerträgliche Qualen bewirken. Der Betroffene ist auf *fachlich kompetente* und *äußerst schnelle Hilfe* angewiesen.

- Informieren Sie sich, wo es in Ihrem Haus palliative Kompetenz oder vielleicht sogar einen palliativmedizinischen Konsiliardienst gibt!
- Handeln Sie schnell!

Der psychische Schmerz

Die Emotionen von sterbenskranken Menschen können ein ganzes Spektrum zwischen Aggression und Demoralisation (Depression) umfassen und individuell verschieden ausgeprägt sein. Die Angst vor dem Sterben und nahenden Tod kann schockartige bis psychotische Reaktionen hervorrufen, auch (wach-)traumartige Phantasiebildungen können entstehen. Sterbephasenmodelle, wie z.B. das von Elisabeth Kübler-Ross, sind für das Verstehen hilfreich, wenn sie als Interpretationshilfe und nicht schematisch genutzt werden! Alle solche psychischen Phänomene sind prinzipiell erst einmal als seelisch völlig *normale (!)* Reaktionen am Ende eines Lebens zu bewerten. Sie bedürfen in der Regel mehr einer zugewandten mitmenschlichen Begleitung als einer psychotherapeutisch-intervenierenden Behandlung!

- Erlauben Sie dem Sterbenden seine Gefühle!
- Kommen Sie nicht zu schnell auf die Idee, medikamentös zu agieren!
- Gibt es ein Angebot von Seelsorge oder einen Besuchsdienst in ihrem Haus, die Sie einbeziehen können?

Sterbephasen (Kübler-Ross 2014)

- Nicht-wahrhaben-wollen (Schock)
- Wut, Zorn
- Verhandeln
- Depression
- Annahme

Der soziale Schmerz

Die Auswirkungen von Krankheit und Sterben auf die sozialen Beziehungsgefüge des Betroffenen können erheblich sein. Der Sterbenskranke findet sich in der Rolle des Bedürftigen vor, manche vertraute Personen ziehen sich zurück, einige wenige werden ihm besonders wichtig. Mit den engsten Bezugspersonen jederzeit in einem geschützten Rahmen zusammen sein zu können, wird zu einem

der wichtigsten Bedürfnisse. Der Sterbende möchte von seiner Umgebung als „Mensch" gesehen und angesehen werden, nicht mehr als „Patient" – d.h. nicht mehr primär in Definition über seine Symptomatik. Mitmensch-sein für den Betroffenen (und seine Angehörigen!), Da-sein, Nähe und Sicherheit vermitteln wird nun zu den zentralen ärztlichen, pflegerischen und interdisziplinären Aufgaben.

- Suchen Sie nach den bestmöglichen Räumlichkeiten für den Sterbenden. Ein angenehm gestaltetes Einzelzimmer mit Rooming-in-Möglichkeit für Angehörige wäre ideal!
- Nehmen Sie sich auf jeder Ihrer Visiten mindestens 5 Minuten Zeit für den Sterbenden! Ziehen Sie Ihren Arztkittel aus und setzen (!) Sie sich zu ihm ans Bett. Bedenken Sie: Sie selbst könnten der Betreffende sein!

Der spirituelle Schmerz

„Warum muss ich so krank sein?" „Warum muss ich (schon) sterben?"

Die Warum-Frage, die Frage nach Sinn und Unsinn von Krankheit, Leben und Sterben – sie ist die zentral aufbrechende Frage des spirituellen Leidens. Das Hadern mit Gott (religiös) oder dem Schicksal (atheistisch) bedeutet ein Ringen um die Wahrheit der eigenen Existenz, das immer über das irdisch-rationale Verstehen hinausgeht. Medizinische Erklärungen, der Nachweis von innerweltlichen Tun-Ergehen-Zusammenhängen (Ursache-Wirkung) helfen hier nicht weiter, ja führen in die Irre und wirken auf vorhandene Selbstvorwürfe und Schuldgefühle eher verstärkend. Zuhören ist angesagt! Einen Resonanzraum bieten für die inneren Suchbewegungen des Betroffenen. Vertraute (!) religiöse Handlungen können Linderung verschaffen.

- Erfragen Sie religiöse Bedürfnisse. Was lässt sich da ermöglichen?
- Seien Sie vorsichtig mit Impulsen aus Ihrer eigenen religiösen oder spirituellen Tradition. Die Gefahr, dem anderen etwas Fremdes überzuhelfen, ist groß!
- Beziehen Sie die Seelsorge in jedem Fall mit ein! Professionell geschulte Seelsorger haben gelernt, auf das spirituelle Leiden auch von nichtreligiösen Menschen angemessen einzugehen.

Der Mitarbeiterschmerz („staffpain")

Stellen Sie sich vor, Sie sind pflege- und hilfebedürftig, aber die Menschen, auf deren Unterstützung Sie angewiesen sind, sind übellaunig, unsensibel und grob. Niemand hat Zeit, niemand hört zu, man „macht an Ihnen herum", ohne dass Sie sich als Person wahrgenommen fühlen. Das ist „staffpain"! Wer als Arzt oder Pflegekraft „wie am Fließband" arbeiten muss, läuft Gefahr, dass der Mensch, für den er da (d.h. präsent!) sein sollte, sich auch „wie am Fließband" behandelt fühlt. Wem z.B. aufgrund eines „Burn-out" die emotionalen Energien fehlen, sich auf das Gegenüber einzulassen, bewirkt dort ein Gefühl der Beziehungsarmut und Einsamkeit. Die Vermeidung von „staffpain" steht und fällt zunächst einmal mit einem guten Betriebsklima und einem angemessenen Personalschlüssel. Erst in

zweiter Linie obliegt es der Selbstsorge des Einzelnen, einen Verlust an Empathie und Beziehungsfähigkeit zu vermeiden.

- Tragen Sie Ihren Teil zu einem guten Betriebsklima und einer guten Kommunikation zwischen allen beteiligten Berufsgruppen bei!
- Versuchen Sie, ein fließbandähnliches Arbeiten zu vermeiden und prüfen Sie, ob es Ihnen gelingt, in jedem Patienten neu den Einzelfall zu sehen!
- Nehmen Sie sich selbst und den Betroffenen ernst. Lassen Sie eigene Ohnmacht zu. Seien Sie ehrlich. Strahlen Sie Ruhe, Verbindlichkeit und Vertrauen aus. Versuchen Sie, in allen Situationen dem anderen gegenüber „ein genießbarer Mensch" zu sein.
- Achten Sie gut auf sich selbst. Bewahren Sie sich Ihre Freude an den Menschen und an Ihrem Beruf. Insbesondere die Sterbenden werden es Ihnen abspüren!

Auch die Angehörigen benötigen Ihre Aufmerksamkeit. Meist sind es nur ein bis wenige Menschen, die für den Sterbenskranken wichtigste Bezugspersonen sind. Sie versuchen, ihm bestmöglich zur Seite zu stehen, haben aber zugleich mit ihren (antizipierten) Trauergefühlen zu kämpfen – Emotionen, die sie insbesondere vor dem Sterbenden häufig zu verbergen suchen. Die Erfahrung von Hilflosigkeit und Ohnmacht kann mit Wut und Aggressionen verbunden sein – auch z.B. gegen die behandelnden Ärzte. Der Wunsch kann stark werden, der Arzt möge doch „retten" und alles tun, was möglich sei. Angehörige haben eine hohe Schutzbedürftigkeit! Sie wollen verstehen und benötigen dafür klare Informationen. Sie wollen gehört werden und benötigen Menschen, die ihnen zuhören. Sie fühlen sich häufig in einer „Anwaltsrolle", sodass es für sie besonders wichtig ist, zu erleben, dass mit dem Sterbenden gut umgegangen wird.

- Nehmen Sie sich Zeit für die Angehörigen und beziehen Sie sie aktiv in die Begleitung des Sterbenden ein!
- Bereiten Sie die Angehörigen auf das vor, was kommt – viele haben das Sterben eines Menschen noch nicht miterlebt!
- Organisieren Sie auch hier möglichst eine seelsorgerische Begleitung!

Und wenn der Tod eingetreten ist? Unsere menschliche Würde reicht über den Tod hinaus. Deshalb ist ein ehrfurchtsvoller und sorgsamer Umgang mit dem Verstorbenen von Bedeutung. Auch wenn die Institution Krankenhaus auf ein rasches Entfernen des Leichnams und eine Neubelegung des Platzes drängt, so sollte das ärztliche Handeln sich hier nicht auf die Feststellung des Todes und die Ausstellung des Leichenschauscheins beschränken. Insbesondere die Angehörigen benötigen einen angemessenen Rahmen, sich zu verabschieden. Der letzte Anblick des Verstorbenen prägt sich ihnen unvergesslich ein. Was sie an dieser Stelle erleben, ist für ihren weiteren Trauerweg von allergrößter Relevanz!

- Informieren Sie sich frühzeitig, ob es in Ihrem Krankenhaus ein verabredetes Verfahren oder einen Standard „Umgang mit Sterbenden/Verstorbenen" gibt. In vielen Häusern wurde darüber schon im Rahmen eines klinischen Ethikkomitees oder eigens dafür gebildeter Arbeitsgruppen beraten.

- Prüfen Sie, ob der Verstorbene in seinem Zimmer (oder einem eigens dafür eingerichteten Aufbahrungsraum) bleiben kann, bis die Angehörigen sich verabschiedet haben!
- Ermöglichen Sie den Angehörigen in jedem Fall ein Abschiednehmen. (Vorsicht mit Ratschlägen wie: „Behalten Sie ihn lieber in Erinnerung, wie er war." Damit verstärken Sie die Angstfantasien der Hinterbliebenen!)
- Entwickeln Sie zusammen mit den Pflegenden eine Kultur des würdevollen Zurechtmachens eines Leichnams (Augen und Mund schließen; ggf. den Verstorbenen waschen; Schläuche, Sonden, Maschinen usw. entfernen; saubere Bettwäsche und Kleidung, ...).
- Treffen Sie Absprachen, wie Sie auch die äußeren Bedingungen im Rahmen einer Abschiedskultur gestalten wollen (z.B. Blumen ins Zimmer, Entzünden eines Gedenklichts *[Brandschutz!]*, u.a.).
- Ermöglichen Sie der Seelsorge in Absprache mit den Angehörigen eine Aussegnung oder auch eine „weltliche" Verabschiedungsfeier am Bett des Verstorbenen.

Literaturempfehlung

Borasio GD (2011) Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, C.H. Beck–Verlag München

Kübler-Ross E (2014) Interviews mit Sterbenden. 6. Auflage der erw. Ausgabe von 2009, Kreuz Verlag Freiburg im Breisgau

Saunders C (2001) Hospiz und Begleitung im Schmerz. Herder Verlag Freiburg

Weiß W (1999) Im Sterben nicht allein. Hospiz. Ein Handbuch für Angehörige und Gemeinden. Wichern Verlag Berlin

11. Angehörige und Psychiater – eine schwierige Beziehung?

Janine Berg-Peer

Viele Gründe sind denkbar, warum sich jemand für den Beruf eines Psychiaters entscheidet. Vielleicht ist es das Interesse für die Hirnforschung, oder auch die Möglichkeit, dem „Hirn beim Fühlen zuzusehen" (Die Zeit online 21.07.2012, http://www.zeit.de/2012/27/C-Kompakt). Jemand kann sich dafür interessieren, wie über Neuroleptika im Gehirn wieder ein Gleichgewicht hergestellt werden kann, ein anderer für Konzepte der ambulanten Psychiatrie in Italien oder Finnland. Es gibt Psychiater, die in ihrer Familie Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht haben, oder deren Motivation es ist, kranken Menschen zu helfen. Aber eines hat sicher niemals eine Rolle gespielt: Der Wunsch, mit schluchzenden Müttern konfrontiert zu werden. Aber wer als Psychiater in der Klinik arbeitet, *wird* mit schluchzenden Müttern konfrontiert werden. Es werden mehrheitlich Mütter sein, die vor dem Arzt sitzen, deutlich seltener die Väter. Und diese Mütter schluchzen nicht nur, sie fordern, sie streiten, sie klagen an und stellen die ärztliche Kompetenz infrage. Sie fordern Gesprächszeit, Erklärungen zu therapeutischen Entscheidungen, kritisieren die Zustände auf der Station, wissen vieles besser und erwarten von Psychiatern immer wieder Zeit und Zuwendung.

„Es ist nicht meine Aufgabe, mich um Angehörige zu kümmern", habe ich häufig von Psychiatern gehört. „Dazu habe ich keine Zeit, die brauche ich für meine Patienten." Aber: Es *ist* sehr wohl die Aufgabe von Psychiatern, sich mit schluchzenden Müttern auseinanderzusetzen. Nicht, weil es menschlich nett oder poli-

tisch korrekt ist oder zu den Qualitätsstandards der Klinik gehört. Sondern, weil das Verhalten von Psychiatern vor allem beim Erstkontakt der Familien mit der Psychiatrie ganz wesentlich die Einstellung von Müttern und Vätern, aber auch die der Patienten zur Psychiatrie prägt. Wenn dieser Erstkontakt – und alle weiteren Kontakte – misslingen, dann entwickeln Mütter eine negative Einstellung zur Psychiatrie und zu Ihnen als behandelndem Arzt. Sie werden kein Vertrauen zu der Klinik haben und diese Skepsis wird sich auch dem Kind vermitteln, das aber als Patient Vertrauen in den behandelnden Arzt haben sollte. Psychiater haben eine nicht zu unterschätzende Verantwortung für eine gelingende Beziehung zu Angehörigen. Der Patient steht immer in einer engen Beziehung zu der Familie und häufig vor allem zur Mutter. Das kann man für schlecht halten, das mag aus der Sicht des Psychiaters sogar zur Krankheit beigetragen haben. Es kann sein, dass ein Arzt das Verhalten der Mutter unerträglich findet, dass die Mutter ihm unsympathisch ist oder dass die schluchzende Mutter ihn an die eigene Mutter erinnert, zu der er auch eine komplizierte Beziehung hatte. All das darf professionell keine Rolle spielen. Die Mutter als wichtiger Teil des sozialen Umfelds wird die Therapie beeinflussen. Untersuchungen belegen, dass eine sinnvolle Einbeziehung von Angehörigen sich positiv auf den Genesungsprozess auswirkt. Der Psychiater hat einen großen Einfluss darauf, ob die Mutter mit am Therapieziel arbeitet oder ob sie es unterläuft.

Wenn die Mutter nicht angehört wird oder sich zurückgewiesen fühlt, dann wird sie ganz sicher nicht kooperieren. Diese Mütter werden ihrem Kind gegenüber Zweifel an der Kompetenz der Psychiater äußern, sie werden jede Kritik der Patienten an der Klinik als Bestätigung für ihre eigenen Zweifel nehmen. Sie werden zu anderen Ärzten laufen, in der Hoffnung, dass diese ihnen zuhören, und sich einmischen in die Medikamentengabe oder die Dauer von Krankenhausaufenthalten. Wenn die Beziehung gleich am Anfang nicht gelingt und auch während des weiteren Krankenhausaufenthaltes nicht verbessert wird, dann wird jeder professionelle Hinweis von Psychiatern, dass etwa regelmäßige Besuche oder auch eine niedrigere Besuchsfrequenz angeraten sind, dass mehr Selbstverantwortung für den Patienten oder eine räumliche Entzerrung von Kind und Mutter nach dem Krankenhausaufenthalt wichtig seien, als Beweis dafür gesehen, dass der Psychiater der Mutter misstraut, sie als Wurzel des Übels ansieht und dem Patienten entfremden will.

Was können Ärzte tun? Was wünschen sich schluchzende Mütter von Psychiatern?

Ganz sicher beim Ausbruch der Krankheit und dem ersten Klinikaufenthalt keinen eilig vorgebrachten Kurzvortrag über Neurotransmitter, wie ich es erlebt habe. Auch das Angebot einer monatlichen Angehörigengruppe ist noch nicht der Durchbruch in der Angehörigenarbeit und ersetzt keine Gespräche. Versuchen Sie, sich in die Lage der Mutter zu versetzen: Oft ist der Diagnose ein langer Zeitraum von schwierigen Verhaltensweisen vorausgegangen, die bereits das Gleichgewicht der Familie empfindlich gestört haben. Da mag die Diagnose fast eine Erleichterung sein; man weiß nun, was zu diesem schwierigen Verhalten geführt hat. Vielleicht erwartet die Mutter nun vom Arzt Trost und die Zusicherung, dass

jetzt alles wieder gut wird. Man hat eine Diagnose, dafür muss es doch eine Therapie geben. Wenn die Krankheit unvermittelt ausgebrochen ist, bricht für Mütter die Welt zusammen, sie stehen unter Schock und verstehen nicht, dass gerade in ihrer Familie diese Katastrophe passiert ist. Sie wünschen sich vor allem Trost und Verständnis und eine Aufklärung über die nächsten Schritte, damit sie wieder Boden unter den Füßen bekommen. Für den Psychiater ist ein neuer Patient eine normale Erscheinung des Arbeitsalltags; für die Familie ist dieses Ereignis ein unvorstellbarer Einbruch, vergleichbar einem Zugunglück oder schweren Verkehrsunfall. Niemand würde dort die Beteiligten mit den Worten nach Hause schicken, sie könnten nächste Woche noch einmal anrufen. Dort würden Helfer organisiert, Seelsorger oder Traumatherapeuten kämen zum Einsatz. Aber Mütter werden nach Übermittlung der Diagnose Schizophrenie nach Hause geschickt und haben Glück, wenn sie Tage später überhaupt einen Termin bekommen.

Was kann der Psychiater tun?

Er kann nicht alle Wünsche der Mütter erfüllen, schon gar nicht die Hoffnung, dass nun alles wieder gut würde. Er hat keine Zeit für lange Gespräche. Aber er kann nach der Einweisung für ein Gespräch zur Verfügung stehen oder es zumindest zeitnah in Aussicht stellen. Er kann in dem Gespräch auf die Gefühle der Mutter eingehen und ihr vermitteln, dass er weiß, wie schwer die Situation für sie ist. Er kann ihr die nächsten Schritte erläutern und diese auch *begründen*. Es ist durchaus möglich, für einen Laien verständlich zu erklären, wie die weitere Vorgehensweise sein wird. Er sollte den Eltern versichern, dass er alles tun wird, um dem erkrankten Kind zu helfen. In ihrer aufgeregten Verfassung brauchen sie jetzt Beruhigung.

Sicher ist es für einen jungen Arzt nicht einfach und auch nicht angenehm, mit einer verzweifelten älteren Frau reden zu müssen. Vermutlich gehört der Umgang mit solchen Gesprächen auch nicht zur Ausbildung. Aber man kann sich auf solche Gespräche vorbereiten.

Jahrelang habe ich mit Führungskräften geübt, wie schwierige Mitarbeitergespräche geführt werden können. Wenn man mit einem unbehaglichen Gefühl und ohne Plan in ein Gespräch geht, wird es nicht erfolgreich sein. Wenn man gehetzt in das Gespräch geht, weil die nächste Übergabe drängt oder die Kantine in fünf Minuten schließt, dann wird man nicht das erreichen, was man will. Man muss mit klarem Ziel und klarer Haltung in das Gespräch gehen und genau wissen, welche Botschaften in diesem Gespräch übermittelt werden sollen. Das Ziel muss es zunächst sein, die Mutter für eine Kooperation zu gewinnen, damit sie nicht die therapeutischen Bemühungen der Psychiater konterkariert. Das erste Gespräch sollte nicht mit Informationen überfrachtet werden, das könnte in dieser Situation überfordern. Um die Mutter zu gewinnen und Kooperationsbereitschaft zu erreichen, muss man Verständnis und Wertschätzung zeigen und die Sicherheit vermitteln, dass ihr Kind professionell behandelt wird.

Wichtig und hilfreich – und selten in Kliniken genutzt – könnten schriftliche Informationen sein: Informationen über die Erkrankung und über Medikamente,

organisatorische Details des Krankenhauses, Adressen des Angehörigenverbands, von Betroffenenverbänden, Psychosegruppen und Psychotherapeutinnen, die sich mit psychischen Krankheiten auskennen. Es mag Arbeit für eine Klinik sein, diese Informationen zusammenzustellen, aber das ist eine Investition, die sich lohnt: Sie nehmen den Psychiatern viel Arbeit ab: Angehörige können sie in Ruhe durchlesen und haben Ansprechpartnerinnen für die vielen Fragen, die sie dann dem Psychiater nicht mehr stellen müssen. Warum nicht ein *Starterkit für Angehörige*? Der Arzt sollte deutlich machen, dass seine Sorge vor allem dem Patienten gelten muss und dass es der Mutter helfen kann, wenn sie selbst therapeutische Hilfe sucht. Psychiater sollten sich nicht hinter der ärztlichen Schweigepflicht verstecken: Man kann die Mutter darüber aufklären und ihr vorschlagen, den Sohn davon zu überzeugen, dass ein Gespräch zwischen Mutter und Psychiater ihm nützen kann. Die Ärzte sollten den Angehörigen regelmäßige Gespräche in Aussicht stellen und auch eine Telefonnummer oder E-Mail-Adresse zur Verfügung stellen, unter denen sie auch wirklich erreichbar sind.

Wenn der Psychiater sich Zeit nimmt für gut vorbereitete Gespräche, kann er nur gewinnen: Mit den schriftlichen Informationen Zeit für die eigentliche psychiatrische Arbeit. Mit einem zugewandten Gespräch das Vertrauen der Mutter, das es ihm später ermöglicht, auch Hinweise geben zu können, die eine Mutter zunächst schwierig findet. Niemand muss Angst davor haben, dass Mütter eine Telefonnummer für tägliche Panikanrufe nutzen werden. Panikanrufe oder Gesprächswünsche entstehen aus der Angst, nicht informiert und ausgeschlossen zu sein. Das Angebot, anrufen zu *können*, wirkt beruhigend. Ein zeitnaher Rückruf bei aktuellen Fragen, der nicht länger als wenige Minuten dauern muss, trägt zur Beruhigung der Angehörigen bei, die zur Unterstützung des therapeutischen Prozesses notwendig ist. Und wenn eine Mutter tatsächlich die Telefonnummer für tägliche Anrufe missbrauchen sollte, dann kann man ihr freundlich aber klar vermitteln, dass mit diesen Anrufen niemandem geholfen ist. Ganz wichtig ist ein abschließendes Gespräch, in dem gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen die Therapie *nach* dem Krankenhausaufenthalt besprochen wird.

In meiner 17-jährigen Erfahrung habe ich Psychiater nie als inkompetent oder desinteressiert an meiner Tochter erlebt. Aber ich habe mich oft ausgeschlossen, missachtet oder bevormundet gefühlt. Anfangs hat das auch bei mir dazu geführt, dass ich mich in die Aufgeregtheiten meiner Tochter hineinziehen lassen habe und Psychiater und Therapie kritisiert habe. Die wenigen Psychiater, die mit mir sprachen und mir Hinweise gaben, haben mir geholfen, sicherer im Umgang mit meiner Tochter zu werden und die Therapieziele zu unterstützen.

Auch schluchzende Mütter können vieles verstehen, wenn man ihnen wertschätzend entgegentritt.

Literaturempfehlung

Amador X (2007) I'm not Sick, I don't Need Help! How to Help Someone with Mental Illness Accept treatment. Vida Press New York

Berg-Peer J (2013) „Schizophrenie ist scheiße, Mama!“ Vom Leben mit meiner psychisch erkrankten Tochter. Fischer Frankfurt

Karp DA (2000) The Burden of Sympathy. How Families Cope with Mental Illness. Oxford University Press

Kuiper PC (1995) Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters. Fischer Frankfurt

II. Ärztliche Selbstorganisation – Überleben im Stationsdschungel

1. Methoden zur Organisation des Arbeitsalltags

Winfried Reichwaldt und Uwe Reichwaldt

Zunächst sollten Sie sich einen Überblick verschaffen über die zeitliche Organisation Ihrer Station. Ohne Kenntnisse der institutionellen Zeitrahmen und der Hierarchien ist es für Anfänger sehr schwierig, eigene Vorstellungen von Zeitmanagement im Arbeitsalltag umzusetzen. Bezogen auf Ihre Person können Sie drei Handlungsebenen mit unterschiedlichen Anforderungen an Ihre Organisation von Zeit identifizieren.

Drei Handlungsebenen

Ebene 1

Hier benötigen Sie unbedingt elementare Methoden und Techniken des Zeitmanagements, denn die Ebene 1 beschreibt die Kernaufgaben Ihres Aufgabenprofils. Dazu gehören alle Prozesse, die sich direkt im Kontakt mit dem Patienten/den Angehörigen abspielen:

- Aufnahmeprozess
- Erstgespräch mit Beziehungsaufbau
- Anamnesen und Befunderhebungen

- Therapiezielplanungsgespräche
- Angehörigengespräche
- Krisenintervention
- Therapien wie Psychoedukation in Gruppen
- Vorbereitung der Entlassung

Ebene 2

Die direkte Ebene darüber stellen die Abstimmungsprozesse in Visiten, im Stationsteam und mit Oberarzt/Chefarzt dar. Hier haben Sie im Wesentlichen eine Berichterstattungsfunktion und die Funktion, Entscheidungen vorzubereiten.

Untrennbar zeitlich verknüpft damit sind die Dokumentationspflichten, also das Führen einer Krankenakte.

Ebene 3

Diese Ebene ist sehr vielfältig und bietet steten Anreiz, sich dort zu verheddern. Ebene 3 umfasst Besprechungen innerhalb der Station mit Kollegen und anderen Berufsgruppen und alle Kontaktnotwendigkeiten außerhalb der Station – vor allem innerhalb der Klinik zu anderen Stationen, zur Ambulanz und zur Tagesklinik. Außerhalb der Klinik sind dies Kontakte zu den Zuweisern, zu sozialpsychiatrischen Einrichtungen oder Gremien innerhalb der Gemeindepsychiatrie.

Welche Methoden können Sie als Anfänger gut nutzen?

Zunächst machen Sie sich vertraut mit einem – in alten Tagen Kalender genannten – *Zeitplanungsinstrument*, in der Regel wird dies Outlook sein; aber auch ein Timer tut gute Dienste. Wichtig ist, dass Sie diese Funktionen oder Hilfsmittel tatsächlich nutzen. Dazu gehört der abendliche Check mit Übertragung der unerledigten Aufgaben, das Einplanen von Zeitpuffern und das Erstellen von To-do-Listen für einzelne Aufgaben und Prozesse.

Machen Sie sich Gedanken, wie Ihre *Schreibtischorganisation* aussehen soll und wie Sie sich gegen Zeitdiebe schützen können. Sie sind nicht ganz so gefährlich wie bei Momo, verursachen jedoch Verwuselung, Überlastung, Konflikte, Chaos, Arbeitsunzufriedenheit und erhöhten Krankenstand.

Zeitdiebe

- „Aufschieberitis“ und Unentschlossenheit
- Unfähigkeit, nein zu sagen
- zu lange Telefonate
- zu lange Gespräche
- Ablenkungen dankbar akzeptieren
- unkonzentriertes Arbeiten
- alles selbst tun wollen
- fehlende Planung und Selbstorganisation

- Überperfektionismus, alles wissen wollen
- Mitarbeiter mit großem Mitteilungsbedürfnis
- telefonische Unterbrechungen
- langwierige Abteilungsbesprechungen
- Sägezahnstörungen (s.u.)
- unnötige Rückfragen wegen fehlender Infos

Gegenstrategien

- "It's not my cup of tea."
- „Tue einem einen Gefallen und es wird dein Job."
- „Eine erledigte Angelegenheit ist besser als viele halb fertige."

Zeitanalyse

Wieviel Zeit fließt in die direkte Patientenarbeit, wie viel Zeit ist geblockt für Visiten, Fallbesprechungen oder Teamsitzungen?

Es gibt eine Reihe von Methoden, Patientengespräche und Teamsitzungen effektiver zu gestalten. Halten Sie diese Kernzeiten frei von Störungen, indem Sie in Absprache mit dem Team Telefonzeit für sich festlegen und definieren Sie Zeiten, in denen Sie nur im Notfall erreichbar sind.

Befreien Sie sich – soweit es geht – von Störungen! Jede Störung verlängert den Prozess der Erledigung um 50% (s. Abb. 1).

Sägezahneffekt

Wenn Sie konzentriert arbeiten, z.B. an einem Arztbrief oder mit hoher Konzentration und Aufmerksamkeit ein Gespräch führen, bedeutet eine Störung den Abbruch der Konzentration, die Sie nach jeder Störung wieder hochfahren müssen (s. Abb. 1).

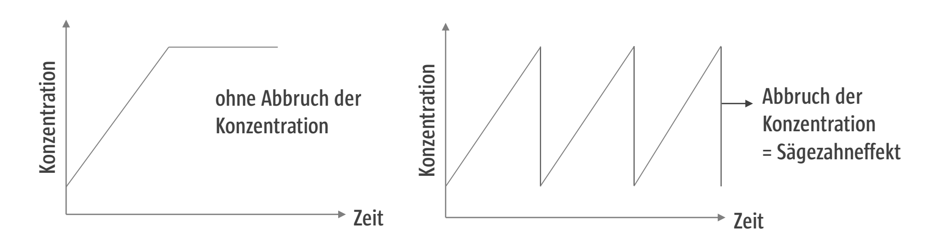


Abb. 1 Zeitverlust durch Störungen um 50%

Teamarbeit als ein effektives Instrument des Zeitmanagement oder „Wer allein arbeitet, addiert – Wer zusammen arbeitet, multipliziert"

Wenn Sie neu auf die Station kommen, können Sie nicht im Alleingang eingefahrene Besprechungskulturen ändern. Es empfiehlt sich, zunächst mit der pflegeri-

schen Seite Optimierungsvorschläge zu sammeln. Diese beziehen sich zunächst auf die eingesetzten Methoden.

Wird durchgängig visualisiert? Werden Flipcharts und Moderationsmaterialien dazu eingesetzt? Visualisierung vermeidet Redundanz und lässt später Hinzukommende leichter in den Diskussionsprozess einsteigen. Benennen Sie einen Anfang und Endpunkt der Besprechung. Grenzen Sie Störungen auf Notfälle ein.

Sammeln Sie die zu besprechenden Punkte und überlegen im Team wie viel Zeit Sie den einzelnen Punkten zuweisen bzw. welche Priorität sie haben. Überschreiten Sie niemals den Endpunkt einer Besprechung, sondern verabreden Sie in der Besprechung, welche der noch ausstehenden Punkte vertagt werden können. Schreiben Sie diesen in den Themenspeicher für die nächste Besprechung. Wenn Sie das Team moderieren oder leiten – eins von beiden sollten Sie tun in Absprache mit der Pflege und Kollegen – denken Sie stets an Konsensabfragen: „Sind jetzt wirklich alle mit dem Ergebnis einverstanden?“ Ein kurzes Ergebnisprotokoll, das direkt nach der Sitzung verteilt wird (handschriftlich und auf den Kopierer gelegt), ist viel effektiver, als erst Tage später ein ausführliches Protokoll folgen zu lassen. Für den Arbeitsprozess reicht ein Kurzprotokoll aus.

Gesprächsgestaltung

Genau wie bei der Teamorganisation können Sie Visualisierungen z.B. mittels Flipchart für die Therapiezielplanung mit Patienten nutzen. Eine möglichst störungsfreie Organisation und die Einhaltung der festgelegten Zeiten sind ebenfalls sehr hilfreich.

Zum arbeitsteiligen Vorgehen gehört die Delegation

Die Delegation von Aufgaben hat mehrere Funktionen. Sie dient der Teambildung und führt zur Arbeitsentlastung. Delegieren Sie aus Ihrem Funktionsbereich nicht nur die Aufgabe/den Auftrag, sondern auch die Kompetenzen, die Verantwortung und die zur Verfügung stehenden Ressourcen. Vereinbaren Sie mit Ihrem Mitarbeiter gemeinsam das Ziel der Aufgabe/des Auftrags und vereinbaren Sie eine Zeitschiene, während derer die Aufgabe zu erledigen ist und besprechen Sie den Fortgang regelmäßig. Delegieren Sie nicht nur bei Überlastung, sondern aus prinzipiellen Gründen: Betrachten Sie die Delegation als Entwicklungschance für Ihnen zugeordnete Mitarbeiter, z.B. Pflegekräfte. Delegieren Sie in Bezug auf den Mitarbeiter ressourcenorientiert. Delegieren Sie vollständige Aufgaben und nicht nur isolierte Teilaufgaben. Nehmen Sie sich Zeit für die Auftragsklärung bei der Delegation. Was Sie am Anfang nicht klar abgesprochen haben, führt am Ende zu einem Ergebnis, mit dem Sie nicht zufrieden sein werden.

Prioritäten

Alle Anforderungen und Aufgaben sollten Sie einem Prioritätencheck unterziehen.

Die beiden grundlegenden Parameter lauten: dringlich und wichtig

- Ist etwas besonders wichtig und besonders dringlich, muss es sofort und gleich erledigt werden (z.B. akuter Notfall), entweder allein oder mit Kollegen, und hat somit eine (hohe) A-Priorität!
- Wenn etwas wichtig ist, aber nicht so dringlich, also noch Zeit hat, kann es kontrolliert delegiert oder später selbst erledigt werden und hat B-Priorität!
- Aber Achtung: In jedem Fall eine Wiedervorlage anlegen, die Sie an diese Aufgabe rechtzeitig erinnert, und zwar nicht erst, wenn der Endpunkt der Erledigung naht, sonst wird daraus wieder eine A-Priorität.
- Arbeiten Sie mit Deadlines! Der wirklich allerletzte Zeitpunkt, an dem eine Aufgabe erledigt sein muss: „The point of no return" des Zeitmanagements.
- Ist etwas nicht wichtig, aber dringlich können Sie es delegieren.

Das Eisenhower-Prinzip

Je nach hoher und niedriger Wichtigkeit oder Dringlichkeit einer Aufgabe lassen sich *vier Möglichkeiten der Bewertung* und (anschließender) Erledigung von Aufgaben unterscheiden (s. Abb. 2).

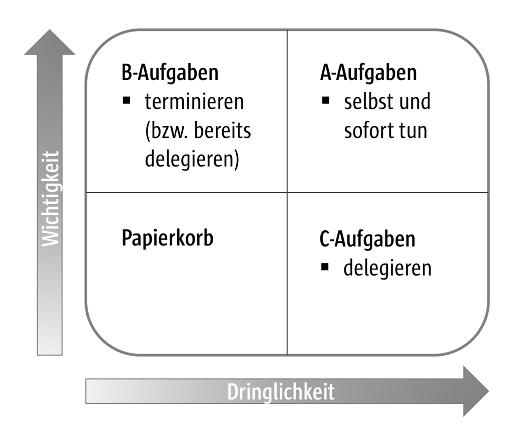


Abb. 2 Das Eisenhower-Prinzip

Literaturempfehlung

Koenig D, Roth S, Seiwert LJ (2012) 30 Minuten Selbstorganisation. 14. überarb. Auflage. GABAL-Verlag Offenbach

Krengel M (2013) Golden Rules: Erfolgreich Lernen und Arbeiten. Alles was man braucht. Selbstcoaching. Motivation. Zeitmanagement. Konzentration. Organisation. Eazybookz Lauchhammer

Passig K, Lobo S (2010) Dinge geregelt kriegen – ohne einen Funken Selbstdisziplin. rororo-digitalbuch Reinbek

Seifert JW (2005) Visualisieren, Präsentieren, Moderieren. GABAL-Verlag Offenbach

Seiwert L (2009) Noch mehr Zeit für das Wesentliche. Goldmann München

2. Organisation des Tages und Teamarbeit

Alexander Knoke

Die Stationsarbeit ist die zentrale Aufgabe eines Arztes im Krankenhaus. Dennoch berichten viele Berufsanfänger, sich nur unzureichend auf den Stationsalltag vorbereitet zu fühlen. Denken Sie einen Moment nach: Wurde Ihnen im Studium vermittelt, wie es sich anfühlt, plötzlich zentrale Anlaufstelle für unterschiedlichste Berufsgruppen, Patienten und Angehörige zu sein? Hat irgendein Dozent Ihnen beigebracht, wie man verhindert, dass die Arztbriefe auf Ihrem Schreibtisch sich zu Türmen stapeln? Und was hatte Ihr Anatomieprofessor nochmal zum Thema Teamarbeit zu sagen? Herzlich wenig? Keine Panik, dann geht es Ihnen so wie allen anderen Berufsanfängern. Im ersten Teil dieses Kapitels geht es deshalb um die Organisation der Stationsarbeit, mit einem besonderen Augenmerk auf psychiatrietypische Aspekte. Im zweiten Teil geht es dann um die Teamarbeit, ohne die im Krankenhaus, und besonders in der Psychiatrie, gar nichts geht. Alles ist aus der eigenen Sichtweise, nämlich der eines Arztes in der Psychiatrie geschrieben. Falls Sie einer anderen medizinischen Fachrichtung angehören, so soll Sie dies aber bitte nicht davon abhalten, in diesem Kapitel trotzdem weiterzulesen. Wenn Sie einiges dabei in Ihr Fachgebiet übersetzen, wird es für Sie eine ebenso große Hilfe darstellen wie für die psychiatrischen Kollegen.

Organisation des Tages

Was mache ich hier eigentlich?

Neu auf Station – Was nun? Machen Sie sich erst einmal klar, was Ihre Aufgaben sind.

Da sind zunächst die festen Termine: Visiten, Teamsitzungen und Übergaben, Supervisionen, Fortbildungen, Gruppentherapien – es wird viel geredet und diskutiert in der Psychiatrie. Und Sie als Arzt sind gleich mittendrin. Sie werden sich plötzlich in einer Teamsitzung wiederfinden, wo alle darauf warten, dass Sie

als Arzt Ihre Meinung äußern, dirigieren, vermitteln. Ein Angehöriger wird vielleicht gleichzeitig vor der Tür stehen und von Ihnen hören wollen, ob, wie und wann seine Schwester, Mutter, Tochter wieder gesund wird. Ein Patient steigert sich vielleicht gerade in einen Erregungszustand hinein, während ein anderer seine sofortige Entlassung wünscht. Und immer werden Sie gerufen. Deshalb hilft es, sich zwischen all der Plackerei mal zu fragen: Was wird eigentlich von Ihnen erwartet? Was erwartet die Pflege, was Ihre Kollegen, was Ihre Vorgesetzten, was die Patienten und Angehörigen von Ihnen? Und noch viel wichtiger: Was erwarten Sie von sich selbst? Was macht für Sie einen guten Arzt aus? Wie möchten Sie sein? Was müssen Sie am Tag schaffen, damit Sie zufrieden damit sind? In der Mühle Alltag vergisst man manchmal seine Prinzipien und Prioritäten. Ist dieses Antragsformular wirklich wichtiger als jener verzweifelte Angehörige? Oder muss es im Gegenzug sein, dass jener aufdringliche Patient Sie zum zehnten Mal am Tag davon abhält, einen wichtigen Arztbrief zu schreiben? Müssen immer Sie es sein, der in der Teamsitzung die Wortführung übernimmt oder kennt sich vielleicht jemand anderes in einem bestimmten Thema viel besser aus und wartet nur darauf, einbezogen zu werden? Fragen wie diese sollten Sie sich von Zeit zu Zeit stellen, um die Kontrolle über Ihr eigenes Hamsterrad zu behalten.

Kleine Helfer

Sie werden vielleicht schon mitbekommen haben, dass man im Stationsalltag durchaus mal den Überblick verlieren kann. Um dies zu verhindern, sollten Sie sich folgende kleine Helfer zunutze machen:

Zum einen hilft es, einen *Kalender* zu führen, sei er aus Papier oder digital. Spätestens, wenn Sie den ersten Termin mit einem gesetzlichen Betreuer vergessen haben und diesen hektisch in Ihren ohnehin vollen Tagesplan integrieren müssen, werden Sie an diesen Tipp denken.

Unverzichtbar ist außerdem ein kleines *Notizbuch* mit den wichtigsten Ansprechpartnern und Telefonnummern. Da hilft es meist, einen erfahrenen Kollegen zu fragen, um diese Nummern zu sammeln. Der Rest ergibt sich dann im Alltag. Spätestens nach dem ersten Anruf beim sozialpsychiatrischen Dienst oder beim zuständigen Gericht hat man auch diese Nummern. Notfallnummern, zu denen das Rea-Team, der Wachschutz, der Giftnotruf und die Polizei gehören, sollten vom ersten Tag an auf Seite eins stehen. Es gibt wenig Zeitraubenderes und Ärgerlicheres als das Suchen einer Telefonnummer in einer ohnehin bereits hektischen Situation.

Auch *To-Do-Listen* haben sich bewährt bzw. *Patientenlisten* mit einer „To-Do-Spalte". Hierbei ist jedoch darauf zu achten, dass man die Listen regelmäßig abarbeitet und entsorgt. Sonst hat man statt der erwarteten Ordnung ganz schnell für Zettelchaos und Unzufriedenheit ob der nicht erledigten Aufgaben gesorgt.

Natürlich sollten Sie auch kompakte *Bücher* griffbereit haben. Unter anderem ein Buch über Psychopharmakotherapie sowie eine internationale Klassifikation der

psychischen Störungen (ICD, DSM). In der Kitteltasche hat sich ein kompakter Arzneimittelführer bewährt. So können Sie auch die Ihnen unbekannte Blutdrucktablette in der richtigen Dosierung ansetzen. Alternativ stehen natürlich auch *Handy-Apps* zur Verfügung.

Kurven und Patientenakten

Eine wesentliche Informationsquelle auf der Station ist die Patientenkurve und deshalb keinesfalls zu vernachlässigen. Auch wenn die „Kurve“ hoffentlich nicht der einzige Weg ist, der Ihnen einfällt, um mit dem Pflegepersonal zu kommunizieren, so ist es doch ein äußerst wichtiger. Vitalparameter, Blutzuckerwerte und Gewicht sollten auch in der Psychiatrie nicht aus den Augen verloren werden. Allein deshalb verdient die „Kurve“ mindestens einmal täglich einen systematischen Kontrollblick. Unverzichtbar ist dieser Blick auch, um die Medikation des Patienten zu überprüfen: Wurde die Dosierung beim Seitenwechsel richtig übertragen? Haben Sie, wie in der letzten Oberarztvisite besprochen, jene Dosierung im Verlauf der Woche gesteigert und jene gesenkt? Und nimmt die Patientin mit der paranoiden Schizophrenie ihre antipsychotische Medikation regelmäßig ein? Wurde die geplante Blutentnahme oder das Drogenscreening durchgeführt? Die Antwort auf alle diese Fragen verrät Ihnen ein Blick in die „Kurve“. Deshalb sollten Sie ein Ritual daraus machen, zum Beispiel morgens und nachmittags einen Blick in dieses unverzichtbare Instrument zu werfen. Nebenbei helfen Sie dadurch Ihrem Gedächtnis auf die Sprünge. Sie werden merken: Wenn Sie den Blick in die „Kurve“ ritualisieren, wird es in Zukunft kaum noch vorkommen, dass Sie Ihrem Oberarzt oder der Chefärztin die Antwort auf die Frage nach der aktuellen Medikation eines Patienten schuldig bleiben. Auch werden Sie seltener eine wichtige Kontrolluntersuchung wie eine regelmäßige Lithiumspiegelkontrolle vergessen.

Dem Chaos entgegentreten

Dies ist vielleicht der wesentliche Punkt für die Arbeit speziell auf einer psychiatrischen Station. Sie werden sich zu Beginn häufig fragen, warum Ihr ausgeklügelter Zeitplan ein ums andere Mal versagt hat und Sie schon wieder Überstunden machen. Oft sind die vielen Störungen gerade in der Psychiatrie ein großer Zeitdieb. Da ist die manische Patientin, die unaufhörlich an Ihrer Tür klopft; da ist der Pfleger, der alle halbe Stunde ruft, weil ein schizophrener Patient ohne Unterlass Fehlhandlungen begeht; da ist der Angehörige, der eine Stunde nach Feierabend ein dringendes Gespräch braucht.

Diesem ständigen Störfeuer kann man nur mit Struktur begegnen: Zunächst gilt, grenzen Sie sich ab! Vergeben Sie Gesprächs- und Visitentermine und halten Sie diese nach Möglichkeit ein – hierbei hilft der eingangs erwähnte Kalender. Machen Sie den Patienten, Angehörigen, Betreuern klar, dass Sie nicht jederzeit zur Verfügung stehen. Nicht nur Sie profitieren davon, sondern auch die Patienten lernen, ihren Tag zu strukturieren. Nicht jeder laut schreiende oder schwer depressive suizidale Patient bedarf der sofortigen Aufmerksamkeit eines Arztes.

Gerade als Berufseinsteiger fühlen sich viele junge Ärzte für alles verantwortlich und übersehen durch diesen idealistischen hohen Anspruch oft, dass es viele Kollegen anderer Berufsgruppen auf Station gibt, die oft jahrelange Berufserfahrung haben und schwierige Situationen oft besser meistern können. Auch hier gilt jedoch: Ausnahmen bestätigen die Regel. „Störungen" und „Chaos" gehören zur Psychiatrie. Nicht immer lässt sich alles planen und manchmal muss ein spontanes entlastendes Einzelgespräch eben doch sein. Indem Sie sich Ihren Tagesablauf strukturieren und lernen, sich abzugrenzen, werden Sie aber auch für diese nicht planbaren Situationen mehr Zeit zur Verfügung haben.

Den Arztbriefstapel vermeiden

Alle Stationsärzte kennen das Gefühl: Der Feierabend nähert sich, gerade ist auf der Station etwas mehr Ruhe eingekehrt und Sie haben das Gefühl, das Tagwerk erfolgreich erledigt zu haben. Plötzlich steht ein Patient vor der Tür und möchte sofort oder spätestens am nächsten Tag entlassen werden. Vielleicht haben Sie durch den hektischen Stationsalltag auch noch die geplante Entlassung eines weiteren Patienten vergessen. Sie schreiben nur einen Kurzbrief mit der Entlassungsmedikation und nehmen sich vor, den ausführlichen Brief am nächsten Tag zu schreiben, was Sie im normal weiterlaufenden Stationsalltag dann vielleicht nicht schaffen. Ganz schnell geraten Sie so ins Hintertreffen und die zu schreibenden Arztbriefe beginnen sich zu stapeln.

Um das zu vermeiden, hilft wieder nur eins: Struktur! Sie sollten es sich zur Routine machen, bei der Neuaufnahme eines Patienten neben dem üblichen Aufnahmeprozedere gleich einen Arztbrief mit anzulegen. Wenn Sie das Glück haben, in Ihrem Haus diktieren zu können, umso besser. Es gibt mehrere Vorteile bei diesem Prozedere: Nach der Aufnahme mit gründlicher Befund- und Anamneseerhebung ist alles noch „frischer", das Schreiben oder Diktieren geht also leicht von der Hand. Außerdem fällt einem durch dieses Vorgehen häufig frühzeitig auf, was man vielleicht noch nicht erfragt hat oder welche Untersuchung man noch nachholen muss. Zudem sind Sie auf spontane Entlassungswünsche vorbereitet. Sie müssen lediglich noch den Behandlungsverlauf und die Entlassungsmedikation ergänzen und der Brief ist geschrieben. Ein Stapel entsteht erst gar nicht.

Machen Sie sich schlau

Der vielleicht wichtigste Punkt für einen strukturierten Tagesablauf sind Erfahrung und Wissen. Zu Beginn ist es oft unvermeidlich, dass Sie länger brauchen als Ihre erfahrenen Kollegen. Angehörige und Patienten stellen Ihnen Fragen, auf die Sie keine Antwort wissen, woraufhin das Vertrauen in Sie als Behandler sinken kann und sich die Therapie zeitaufwendig verkompliziert. Oder vielleicht haben Sie in einem Unterbringungsgutachten ein wichtiges Signalwort vergessen, weshalb Sie es erneut schreiben müssen. Oder Sie müssen sich vor der Eindosierung eines neuen Antidepressivums erst einmal über Nebenwirkungen und Wechselwirkungen schlau machen. Alle diese Dinge kosten Zeit und erklären zu

einem großen Teil, weshalb Sie als Berufseinsteiger einfach noch nicht so effektiv arbeiten können wie ein erfahrener Kollege. Sie können den Prozess jedoch verkürzen, indem Sie proaktiv und ritualisiert nachlesen. Lesen Sie die Arzneimittelinformation für jedes neu eindosierte Medikament, lesen Sie kurz nach, wenn ein Patient ein Psychotherapieverfahren erwähnt, welches Sie noch nicht kannten oder fragen Sie den Richter, auf welche Formulierungen Juristen Wert legen. Dieses Vorgehen mag am Anfang zeitintensiv sein, auf Dauer ist jedoch fundiertes Wissen der beste Garant für effizientes Arbeiten, ganz nebenbei auch für Ihre eigene Zufriedenheit. Kurzes zeitnahes Nachlesen oder Nachfragen ist oft sehr effektiv, da es sich nicht um rein theoretisches Lernen handelt, sondern der unmittelbare Praxisbezug die Relevanz unterstreicht. Sie haben den konkreten Patienten vor Augen, ihr Wissensgewinn hat einen unmittelbaren Effekt.

Vernachlässigen Sie die Somatik nicht

Ihr Patient hat Fieber und eine Tachykardie und alles was Ihnen einfällt ist, den Konsilarzt der Inneren Medizin zu rufen? Bei einer Patientin fällt dem Pflegepersonal eine Parese der linken Körperhälfte auf und Sie können nicht sagen, ob diese schon bei Aufnahme bestand, weil Sie nicht gründlich neurologisch untersucht haben? Eine Krankenpflegerin ruft Sie in der Nacht an und fragt, was sie bei der Unterzuckerung einer Patientin mit Typ-I-Diabetes tun soll und Sie haben keine Ahnung? Das sind die Momente, in denen Sie sich nicht nur schnell den Ruf erarbeiten können, „kein richtiger Arzt" zu sein, sondern im schlimmsten Fall auch Ihre Patienten gefährden können. Zudem kostet Unwissen hier extrem viel Zeit. Deshalb nochmal zum Mitschreiben: Sie sind Arzt! Um stressfrei in den Beruf zu starten, bereiten Sie sich also bitte auch auf die „Somatik" vor. Absolvieren Sie Ihre Famulaturen nicht nur in der Psychiatrie. Zeigen Sie auch im chirurgischen und internistischen Tertial des Praktischen Jahres Engagement. Und bilden Sie sich auch im somatischen Bereich fort. Wenn Sie beispielsweise einen alkoholabhängigen Patienten mit Pankreatitis konsiliarisch Ihrem internistischen Kollegen vorstellen wollen, lesen Sie sich kurz in das entsprechende Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie ein. So können Sie die Konsilanforderung prägnant formulieren und notwendige Untersuchungen bereits einleiten. Es kommt auch nicht gut an, wenn Sie einen Patienten mit unklarem Fieber über 38,5°C konsiliarisch vorstellen, ohne den Patienten gründlich untersucht zu haben. Auch Sie können eine Fokussuche beginnen, eine Urinuntersuchung veranlassen, die Lunge auskultieren, eine Blutentnahme durchführen und eine Flexüle legen, um eine Flüssigkeitssubstitution zu beginnen. Sie müssen nicht alles wissen und Sie dürfen alles fragen, aber informieren Sie sich, bevor Sie einen fachärztlichen Kollegen unter Zeitdruck rufen. Schließlich wollen Sie auch nicht von einem internistischen Kollegen gerufen werden, um „mal mit dem Patienten zu reden" bevor der Kollege selbst dies überhaupt versucht hat. Wenn die Kollegen merken, dass Sie sich Ihre Gedanken machen, werden sie Sie ernst nehmen. Dann können Sie Ihre Fragen stellen und von der interdisziplinären Zusammenarbeit profitieren.

Tipps für eine bessere Organisation des Tages

- Setzen Sie Prioritäten.
- Benutzen Sie Hilfsmittel.
- Werfen Sie regelmäßig einen Blick in Patientenkurven und -akten.
- Vergeben Sie Termine.
- Legen Sie Arztbriefe gleich nach der Patientenaufnahme an.
- Vertiefen Sie Ihr Wissen durch zeitnahes Nachlesen und Nachfragen.
- Bleiben Sie auch somatisch auf dem Laufenden.

Teamarbeit

Ohne das Team läuft auf einer psychiatrischen Station gar nichts. Damit Sie von der „Ressource Team" profitieren können, beherzigen Sie die folgenden Ratschläge.

Sich ins Team einfügen

Beim Berufseinstieg ist alles neu und aufregend. Die Patienten müssen versorgt werden. Wissenslücken wollen gestopft werden. Die Vorgesetzten sollen einen guten Eindruck vom neuen Mitarbeiter bekommen.

Da wird häufig vergessen, dass der erste Eindruck, den die Mitarbeiter auf der Station von einem bekommen, für den späteren Alltag mindestens genauso wichtig ist. In den ersten Wochen entscheidet sich, ob man es Ihnen auf Station leicht oder schwer macht, Teil des Teams zu werden. Ein freundlicher Umgangston und Hilfsbereitschaft haben noch keinem Berufseinsteiger geschadet. In den ersten Tagen sollten Sie sich jedem Mitarbeiter vorstellen, ganz gleich, ob Reinigungskraft, Fahrer, Pflegeschüler, Physiotherapeut oder Hausmeister. Sie sollten sich in den ersten Wochen nicht in Ihrem Zimmer verkriechen, sondern mit offenen Augen über die Station laufen. Lernen Sie die Mitarbeiter und ihre Funktionen und Tätigkeiten kennen, hospitieren Sie in der Ergotherapie, schauen Sie sich psychotherapeutische Gruppensitzungen an, erkundigen Sie sich beim Pflegepersonal, welche weiteren Angebote es auf der Station gibt. Für welchen Patienten eignen sich welche Therapieprogramme, wer darf wann die Station verlassen, wo findet eigentlich die Physiotherapie statt? Die Antworten auf diese Fragen wissen erfahrene Mitarbeiter besser als jedes Buch. Trauen Sie sich zu fragen. Den Kollegen sollte klar sein, dass Sie Berufseinsteiger sind und nicht alles wissen können.

Sich in die Lage anderer Berufsgruppen versetzen

Spätestens nach Ihrem ersten Nachtdienst werden Sie der Überzeugung sein, dass Sie es als Arzt am allerschwersten haben. Selbstmitleid führt aber leider häufig zu einem Tunnelblick. Seltsamerweise sind viele in der Psychiatrie tätige Mitarbeiter im Kontakt mit den Kollegen anderer Berufsgruppen nicht so empathisch, wie sie es im Kontakt mit den Patienten sind. Deshalb hilft es, sich immer

wieder in Erinnerung zu rufen, dass es trotz der hohen Verantwortung, beispielsweise eines Dienstarztes, meistens die Pflegekräfte sind, die die anstrengendsten Situationen zu meistern haben. Sie sind den Konflikten auf Station oft unmittelbar ausgesetzt, häufig, ohne sich wirklich zurückziehen zu können. Und wenn ein Patient Sie durch sein ständiges Klopfen an Ihrem Dienstzimmer in den Wahnsinn treibt, so können Sie sicher sein, dass er es bereits um ein Vielfaches häufiger beim Pflegepersonal probiert hat. Auch bei Notfallsituationen, wie Suizidversuchen oder stark fremdaggressivem Verhalten, sind meistens die Pflegekräfte diejenigen, die am nächsten dran sind. Deshalb hilft es bei Konflikten auf Station, einen Perspektivwechsel zu versuchen. Warum ist die Atmosphäre auf der Station seit einer Woche so angespannt? Warum hat jener Pfleger ein so großes Problem mit besagtem Patienten? Warum wird in jeder Pflegeübergabe in gereiztem Tonfall auf Sie eingeredet, damit Sie die Ihrer Ansicht nach freundliche, gut mitarbeitende Patientin entlassen? Besprechen Sie dies im Team und betrachten die Lage nicht nur aus der Arztperspektive. Nehmen Sie von Zeit zu Zeit an der Pflegeübergabe teil und sorgen Sie dafür, dass in Teamsitzungen jede Berufsgruppe zu Wort kommt.

Die Meinung der Kollegen ernst nehmen

Das Schöne an einem Stationsteam ist, dass unterschiedliche Kollegen mit unterschiedlichen Erfahrungshorizonten und Ausbildungen gemeinsam in der Regel bessere Entscheidungen treffen. Davon sollten Sie profitieren. Deshalb gilt als wichtigste Regel: Legen Sie Ihren möglicherweise vorhandenen „Arztdünkel" ab. Machen Sie sich klar: Assistenzärzte kommen und gehen. Krankenpfleger sind hingegen oft seit Jahren oder Jahrzehnten in ihrem Bereich tätig und somit echte Spezialisten, deren Meinung unverzichtbar ist. Hinzu kommt, dass sie oft bessere Informationen über die Patienten haben, diese vielleicht bereits von früheren Aufenthalten kennen oder aber im Stationsalltag ganz anders erleben als der Arzt in seiner kurzen Visite. Selbiges gilt für andere Berufsgruppen wie Psychologen, andere Therapeuten und Sozialarbeiter. Sie müssen und sollten Entscheidungen also nicht allein treffen, sondern sie im Team besprechen. Eine offene Diskussion und eine transparente Entscheidungsfindung sind wesentlich. Denn nur, weil unter vielen Dokumenten eine Arztunterschrift stehen muss, heißt das nicht, dass Sie alleiniger Entscheider sind. In diesem Sinne sollten auch schwierige Situationen auf Station, wie beispielsweise eine belastende Fixierungssituation, im gesamten Team nachbesprochen werden und konstruktiv nach Verbesserungen gesucht werden.

Nicht alles allein machen

Machen Sie sich klar, wer auf Station welche Aufgabe hat. Gibt es einen Stationsassistenten, der das Fax an das Amtsgericht vielleicht in der Hälfte der Zeit schickt, weil er das mehrmals pro Woche macht und die Nummern parat hat? Müssen immer Sie es sein, der ans Telefon gerufen wird, wenn ein ehemaliger Patient einen Brief aus dem Archiv haben will? Und warum kann die gesetzliche

Betreuerin eines anderen Patienten nicht auch mal mit dem Sozialdienst der Station über einen möglichen Wechsel der Wohneinrichtung sprechen? All dies sind Beispiele von alltäglichen Situationen, die enorm viel Zeit rauben können und leicht von anderen Kollegen übernommen werden können. Hierbei gilt es, nach und nach herauszufinden, wie die Aufgaben auf der Station verteilt sind und anschließend freundlich, aber bestimmt zu delegieren. Das heißt nicht, dass Sie wie ein Halbgott in Weiß über die Station rauschen und es sich mit allen Kollegen verscherzen. Ja, auch Sie können mal ein Fax schicken, wenn der Stationsassistent gerade im Stress ist. Wenn Sie jedoch allein unzählige Überstunden machen und den halben Tag mit Korrespondenz statt mit Diagnostik und Therapie beschäftigt sind, läuft etwas falsch.

Sachlich bleiben

Patientenverhalten kann ein Team durch zum Beispiel emotional instabile oder stark provozierende Handlungen spalten. Dadurch, dass die Emotionen bei vielen Patienten so unkontrolliert hervortreten, löst dies unvermeidbar auch bei den Mitarbeitern bestimmte emotionale Verhaltensweisen aus. So kann es zum Beispiel passieren, dass Ihnen ein Mitarbeiter Vorwürfe macht, weil Sie einen sich anzüglich verhaltenden Patienten nicht entlassen, obwohl dieser Ihrer Meinung nach schwer suizidal ist. Sie werden sicherlich sofort zustimmen, dass die folgende Replik indiskutabel wäre: „OK, dann entlassen wir ihn halt. Aber wenn er sich umbringt, sind Sie schuld!“ Dennoch werden Sie solche Sätze im Stationsalltag zu hören bekommen. Wir sind alle Menschen und haben unsere Emotionen nur mehr oder weniger im Griff. Deshalb ist es umso wichtiger, in Diskussionen im Team sachlich zu bleiben und das Für und Wider abzuwägen. Die Patienten sind schließlich bereits emotional genug. Zum Beispiel kann man im Team gewisse Störungsbilder sachlich erklären oder diskutieren, warum jener Patient anzügliche Bemerkungen macht.

Umgang mit Hierarchien

Machen Sie sich nichts vor. Trotz vieler anderslautender Beteuerungen ist das System Krankenhaus weiterhin ein hierarchisches System, wenn nicht eins der am stärksten hierarchisch geprägten Systeme in der modernen Arbeitswelt. Die Psychiatrie macht da trotz ihres Rufs, ein „weiches Fach“ zu sein, keine Ausnahme. Psychiater mögen Patienten noch so oft vermitteln, wie sie eine gesunde Work-Life-Balance erzielen, Arbeitskonflikte lösen oder ihre Meinung vertreten sollen. Sobald sie ein Krankenhaus oder eine Abteilung leiten, scheinen diese Grundsätze zumindest für die eigenen Mitarbeiter oft nicht mehr zu gelten. Auf der anderen Seite sind auch Assistenzärzte eine, was ihre eigenen Belange angeht, eher passive Berufsgruppe. Dies mag auch an befristeten Arbeitsverträgen liegen und der Tatsache, dass man sich ja schließlich noch in der Ausbildung befindet und Lehrjahre bekanntlich keine Herrenjahre sind. Nur sind die Lehrjahre bei jungen Medizinern weitaus länger als bei vielen anderen Berufen. Machen Sie sich klar, welche Expertise und Lebenserfahrung Sie in die Waagschale

werfen und vertreten Sie Ihre Interessen und Meinungen, wenn es darauf ankommt. Denn ein Beruf ist nur dann wirklich erfüllend, wenn man das Gefühl hat, nicht nur Erfüllungsgehilfe zu sein, sondern eigene Werte und Ideen mit einbringen zu können, oder zumindest nicht dagegen verstoßen zu müssen. Es gilt, einen gesunden Mittelweg zu finden. Zunächst sollten Sie versuchen, das System und die hierarchische Ordnung zu verstehen, um nach und nach mehr von sich einbringen zu können. In welcher Mitarbeiterrunde ist Ihre Meinung gefragt, wann sollten Sie besser schweigen? Welche Zusatzaufgabe wird auch von Ihren Kollegen als Selbstverständlichkeit angesehen und was ist vielleicht eine Überbelastung? Wird Ihr Oberarzt sich freuen, wenn Sie Änderungsvorschläge oder Neuerungen einbringen, oder wird dies als Anmaßung empfunden? Im Allgemeinen sollten Sie zu Beginn beobachten, sich zurückhalten, von Kollegen lernen. Mit wachsender Berufserfahrung sollten Sie Ihr Licht aber auch nicht unter den Scheffel stellen, sondern sich aktiv einbringen und auch Ihre eigenen Interessen vertreten.

Genug geredet!

Falls Sie aus einer anderen Fachrichtung in die Psychiatrie wechseln, wird es Ihnen vielleicht besonders auffallen: In Psychiatrie-Teams wird viel geredet. Es gibt unzählige Übergaben, Teamsitzungen, Supervisionen, Fortbildungen und Besprechungen. Das ist einerseits eine große Stärke der Psychiatrie. Allerdings kann es auch ganz schnell zu einem Nachteil werden, wenn diese Sitzungen zum Selbstzweck werden, wenn Dinge eher „zerredet" werden als zu einem Ziel zu führen. Dann führt Teamarbeit nicht zu dem eigentlichen Ziel der verbesserten Patientenversorgung, sondern zu Ineffektivität und Unzufriedenheit. Wenn Sie an einem hektischen Tag das Gefühl haben, dass die Teambesprechung gerade nicht besonders fokussiert und zielführend läuft, versuchen Sie Fokus und Struktur wiederherzustellen. Falls das nicht funktioniert, weisen Sie freundlich und bestimmt auf den Zeitplan hin. In der Regel sind die anderen Mitarbeiter dafür dankbar. Schließlich hat jeder sein Tagwerk zu erledigen.

Tipps für die Teamarbeit

- Der erste Eindruck ist wichtig: Zeigen Sie sich offen und hilfsbereit.
- Versuchen Sie, die Perspektive anderer Berufsgruppen zu verstehen.
- Profitieren Sie vom Wissen und der Erfahrung anderer Mitarbeiter.
- Lernen Sie, gewisse Aufgaben zu delegieren.
- Bleiben Sie bei Konflikten sachlich.
- Finden Sie Ihren Platz im hierarchischen System.
- Achten Sie bei Teamarbeit auf Fokus und Zielführung.

3. Ärzte und Pflege: Feindliche Geschwister, oder der Weg zur Zusammenarbeit!

Uwe Kropp

Fallbeispiel

Der Start in ein neues Arbeitsgebiet ist immer spannend. Frisch von der Uni oder bereits erfahren in anderen Fachgebieten. Egal, an welchem Ort man ankommt, es sind schon welche da. Mitarbeitende aller Berufsgruppen erwarten den Neuen oder die Neue.

Die Kolleginnen und Kollegen aus der eigenen Berufsgruppe erhoffen sich zusätzliche Hilfe und Unterstützung. Endlich werden die Dienste auf mehrere Schultern verteilt und die Arbeitsteilung kann zur Entspannung beitragen.

Alle könnten nun glücklich und zufrieden sein.

Nehmen wir die Sicht einer Pflegeperson ein, die nun schon über einige Jahre Berufserfahrung verfügt.

Diese Person kennt alle Abläufe und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie ist praktisch im Unternehmen „groß“ geworden. Die Berufserfahrung bringt Sicherheit im Arbeitsalltag, denn sie hat ja schon so Einiges erlebt. Seit Jahren arbeitet sie auf der gleichen Station und hat schon viele Ärzte kommen und gehen sehen. Ärzte, die auch gerade zu Beginn, Fehler machen.

Nun also kommt der oder die Neue! Was für ein Typ Mensch wird er bzw. sie sein? Passt er ins Team? Immerhin wurde der neue Arzt bereits vom ärztlichen Leiter angepriesen! „Passt sehr gut ins Anforderungsprofil!“

Hm, das hatten wir beim Letzten auch schon. „Na, warten wir mal ab!“

Der Tag der Wahrheit naht. Beide Berufsgruppen treffen im ersten Dienst natürlich aufeinander. Die Pflegeperson hat ja im Vorfeld bereits das eine oder andere gehört. „Keine Ahnung von Psychiatrie! Hat zuvor Neuro gemacht!“ „Denkt nun, die hierarchischen Strukturen der Somatik könnten hier auch gelten …“ „Ständig neue Anordnungen. Was soll das denn?“ „Kann wohl auch gut mit der Kollegin, die gerade ihre Fachweiterbildung abgeschlossen hat. Wollen neue Abläufe einführen und uns dann machen lassen.“ „Na, den lass mal kommen …“

Und ohne, dass beide viele Worte gewechselt haben, passiert was passieren muss: Die Begrüßung fällt frostig aus. Keine Chance – erst einmal.

Die einfache ärztliche Anordnung wird als Zumutung bewertet und ein Gespräch über einen Patienten wird mit den Sätzen beendet: „Den kenne ich seit Jahren, das bringt nix."

Und nun zur Sicht des Arztes:

Neu und unerfahren im Fach Psychiatrie. Dafür aber die Erfahrung aus dem vorherigen Einsatz und ein gutes Verhältnis zu den Pflegekräften der Neuro gehabt. Lief immer sehr gut. Ja, so die eine oder andere Pflegeperson war schon mal zickig, aber letztendlich liefen die Anordnungen gut ab. Hat nie ganz verstanden, was die Pflegepersonen wollten, wenn es um das Ablegen der Befunde ging. War doch selbst kein Sekretär.

Na ja, wird mit den Psych-Schwestern schon genauso laufen. Hat ja auch nicht wirklich viel mit denen zu tun. Die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sind ja viel wichtiger. Vor der einen oder anderen Schwester wurde schon gewarnt.

So, oder so ähnlich könnte es passieren.

Welche Möglichkeit haben wir, dass Verständnis gegenseitig zu fördern und damit den Arbeitsalltag zu gestalten?

Hierfür bedarf es eines Erklärungsversuches zum jeweiligen Rollenverständnis der Berufsgruppe Ärzte und Pflege, aber auch, und dies ist entscheidend, eines Blickes möglicher „Aus-"Wirkung auf den Patienten.

Erklärungsversuch: Die traditionelle pflegerische Ausbildung der meisten erfahrenen Mitarbeiter des Pflegedienstes trägt noch den Stempel der medizinisch geprägten Ausbildungsgänge und war dementsprechend auch mit dem entsprechenden Rollenverständnis Arzt/Pflege verbunden. Die hierarchischen Strukturen der Krankenhäuser unterstützen oftmals die säulenhafte Trennung zwischen Arzt und Pflege.

Ob gewollt oder ungewollt, entstanden somit oft Abgrenzungen, die nicht fachlich zu begründen waren, sondern die sich auf einer subtilen emotionalen Ebene entwickelten.

Sicherlich waren die pflegerischen Ausbildungen an psychiatrischen Fachkrankenhäusern schon etwas differenzierter in der Rollenbetrachtung. Aber auch dort war der verantwortliche Leiter der Schule in aller Regel ein Arzt.

Der Pflegedienst musste sich daher schon immer irgendwie einen Platz „erkämpfen".

Während sich im somatischen Bereich der Pflegedienst über zuvor sehr medizinisch orientierte Themen weiterentwickelte und Zusatzqualifikationen entweder das medizinischen Hintergrundwissen, wie z.B. in der Intensivmedizin, oder das Wissen über bestimmte Untersuchungs- und Behandlungstechniken (OP und Funktionsdiagnostik) vertieften, nahm die psychiatrische Krankenpflege schon in den 70er-Jahren mit der Psychiatrie-Enquete einen enormen Veränderungsprozess auf. Durch die sich etablierende Sozialpsychiatrie nahm der Pflegedienst einen festen Platz im therapeutischen Team ein und erlangte Selbstbewusstsein und Vertrauen.

In den 90er-Jahren brachte die Psychiatrie-Personalverordnung nochmals eine „Stärkung der Rolle", da auch Aufgaben und somit Kompetenzen festgeschrieben wurden. Parallel zu dieser Entwicklung etablierten sich schon Ende der 60er-

Jahre die ersten Fachweiterbildungen, die sich über die Jahre weiterentwickelten und nun perspektivisch von den ersten Studiengängen Psychiatrische Pflege abgelöst werden.

Pflegetheorien-Modelle, oftmals aus dem angloamerikanischen Sprachraum, erreichten die somatische und psychiatrische Pflege und somit war der Weg zur eigenständigen Profession, weg von dem Heil- und Hilfsberufsgedanken, beschritten.

Es ist ein Konfliktfeld zwischen Arzt und Pflege, welches bis in die Terminologie bestimmter Begriffe wie Pflegediagnose und Pflegevisite hineinzog.

Dass diese Entwicklung in einigen Bereichen Blüten der Abgrenzung trieb, die aus heutiger Sicht nicht zur Teambildung beitrugen, muss selbstkritisch zugegeben werden.

Sehr früh wurden im Pflegedienst Managementausbildungen etabliert, die ihrerseits Psychologie, Kommunikation, Personalführung und -entwicklung im Fokus hatten und somit auch dazu führten, dass sich der Pflegedienst gut gerüstet aufstellte und „Führung“, auch im Team, übernahm.

Demgegenüber das Studium der Humanmedizin. Jeder Medizinstudent lernt oder lernte in den klassischen Rollen und den in der Medizin stark verankerten Hierarchien. Erst neue Studiengänge der letzten Jahre brachten die Kommunikation mit in das Vorlesungsverzeichnis. Jedoch findet man selbst in den Modellstudiengängen am Beispiel Berlin, wie im Fach „KIT“ Kommunikation, Interaktion und Teamarbeit, kaum etwas zur wirklichen Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. Selbst das im Handbuch für Studierende im 4. Semester des Modellstudiengangs Medizin der Charité Berlin verwendete Beispiel für Probleme im Team bezog sich auf die Rollen Student/Assistenzarzt/Stationsarzt.

Somit bleibt auch die Arztrolle in der klassisch besetzten und von Parsons 1951 (Rothgangel 2010) formulierten Erwartungsrolle, die sich zwar auf das Arzt/Patientenverhältnis bezieht, aber nicht auf ein soziales System wie ein multiprofessionelles Team übertragen lässt:

- fachliche Kompetenz
- allparteiliche Haltung
- Respektierung der Beschränkung auf den gestellten Auftrag
- affektive Neutralität
- auf das Wohl der Gemeinschaft ausgerichtete Haltung

Ein solches Lernen bringt es zwangsläufig mit sich, dass der Blick des Arztes die Arzt/Patientensituation im Fokus hat und nicht unbedingt die anderen Akteure im Gesundheitswesen. Die in den letzten Jahren zunehmende Ökonomisierung bringt weiteren Druck in die Interaktionen.

Wenngleich sich auch im ärztlichen Dienst in den vergangenen Jahren zunehmend Managementausbildungen etablierten, die Personalführung, Personalentwicklung und Teamkommunikation mitbetrachten, bleibt doch zumindest auf dem Ausbildungsweg des jungen Mediziners das tradierte Rollenverständnis als gelebt und erlebt haften.

- **Jeder Beruf bringt sein Rollenverständnis ein und hat seine Geschichte.**
- **Kommunikation untereinander muss und kann gelernt werden. Sie basiert jedoch auf gegenseitigem Respekt, Wertschätzung und Anerkennung der Person. Lassen Sie sich als Arzt die psychiatrische Pflege doch einmal erklären!**

Vom Individuum zum Team und raus aus dem unnötigen Konfliktfeld!

Das psychiatrische Arbeitsfeld ist geprägt von Kommunikation. Ärztliche Entscheidungen, die letztendlich in Anordnungen münden, basieren in aller Regel auf Informationen zum Patienten, die von unterschiedlichen Berufsgruppen zusammengetragen wurden. Umgekehrt laufen pflegerische Entscheidungsprozesse nicht ohne Abstimmung innerhalb des Gesamttherapieplanes. Die Arbeit im Team basiert daher auf der Kommunikation und der daraus ableitbaren Zusammenarbeit. Teamarbeit ist also ein „Muss" in der psychiatrischen Arbeit.

Zum Verständnis der Wichtigkeit gut funktionierender Teamstrukturen: Ein Team ist eine besondere Form der Arbeitsorganisation, bei der es zwingenderweise um Zusammenarbeit geht. Die Annahme, ein Team sei ein freiwilliger Zusammenschluss von Personen mit gleichen Rechten und Pflichten und gegenseitiger Sympathie, ist irreführend. Bei einem Team geht es immer um mehrere Personen, die sich einer gemeinsamen Aufgabe stellen wollen oder müssen.

Die Aufgabe lässt sich zwar aufteilen aber nicht unabhängig voneinander bearbeiten. Die gemeinsame Bearbeitung muss daher aufeinander abgestimmt sein.

Dörner/Plog schreiben in ihrem Buch „Irren ist menschlich" zur Teamarbeit:

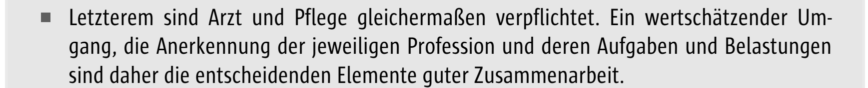
- *Keiner kann die Wirklichkeit als Einzelner angemessen wahrnehmen oder verstehen.*
- *In dem, wie ich mich verstehe, ist enthalten, wie ich die Umwelt zu Teilen von mir gemacht habe.*
- *Den Zugang zu diesen Anteilen erhalte ich über das Gespräch mit anderen.*

Diese Merksätze gelten selbstverständlich auch für den Patienten.

Weiter ...

- *... therapeutischer und diagnostischer Alleingang schließt andere „Wissende" aus.*
- *... dem Patienten steht somit das Wissen, das er braucht, um sich zu verstehen, nicht vollständig zur Verfügung.*
- *Teamarbeit macht es möglich, dass die unterschiedlichen Sichtweisen gleichberechtigt zusammen gesehen werden.*
- *Ein abgerundetes und differenzierteres Wahrnehmen und Handeln ist möglich.*

- Nur mit Teamarbeit ist es daher möglich, dem Patienten die Unterstützung zukommen zu lassen, die er benötigt.
- Partikularinteressen einzelner Personen oder Berufsgruppen schaden daher nicht nur der Zusammenarbeit und der Arbeitszufriedenheit, sondern auch sehr dem Patientenwohl.



- Letzterem sind Arzt und Pflege gleichermaßen verpflichtet. Ein wertschätzender Umgang, die Anerkennung der jeweiligen Profession und deren Aufgaben und Belastungen sind daher die entscheidenden Elemente guter Zusammenarbeit.

Literaturempfehlung

Buddeberg C (Hrsg.) (2004) Psychosoziale Medizin. 3. Aufl. Springer Verlag Heidelberg
Dörner K, Plog U (2012) Irren ist menschlich. 21. Aufl. Psychiatrie Verlag Köln
Rothgangel S (2010) Kurzlehrbuch der Medizinischen Psychologie und Soziologie. 2. Aufl. Thieme Verlag Stuttgart

4. Konsiliardienst in der Notaufnahme – die hohe Kunst der zivilisierten Zusammenarbeit

Annegret Dreher und Ronald Burian

Grundlagen der Untersuchung und Behandlung von Patienten mit psychopathologischen Auffälligkeiten in der allgemeinen Notaufnahme (NA)

Die Rollen des Psychiaters in der Notaufnahme

Die konsiliarische Vorstellung eines psychisch auffälligen Patienten in der NA kann vor dem Hintergrund der unterschiedlichsten Erkrankungen erfolgen. So mag sich hinter einer Verhaltensauffälligkeit ein Delir, eine schizophreniforme Störung oder ein suizidales Syndrom verbergen. Vielleicht ist die Polizei vor Ort, eventuell ist der Patient psychomotorisch unruhig oder verbal aggressiv. Möglicherweise handelt es sich auch um einen Patienten, der sich einer lebensnotwendigen Untersuchung oder Behandlung verweigert, sich bedrohlich verhält, oder lautstark Suizidabsichten äußert. Derartig „unbequeme" Patienten generieren in der Regel ein hohes Maß psychischer Belastung und Anspannung unter dem gesamten medizinischen Personal einer NA. Der psychiatrische Konsiliararzt sieht sich nicht nur mit dem Patienten konfrontiert, sondern muss zusätzlich die Rolle eines Mittlers zwischen Patient und dem Team der NA einnehmen: Psychisch auffällige Patienten sind vom Betreten der NA an einem erhöhten Risiko der Fehlbehandlung ausgesetzt.

Häufige Störungen und Syndrome

Akute Erregungs- und psychomotorische Unruhezustände sowie selbstschädigendes oder suizidales Verhalten machen einen Großteil psychiatrischer Notfälle aus. Die Erregungs- und Unruhezustände können sowohl Leitsymptom psychischer Erkrankungen als auch Ausdruck organischer Störungen einschließlich Intoxikationen sein. Alkohol ist sicher die häufigste Ursache für akute Intoxikationen, besonders gefährlich ist es aber, Mischintoxikationen, v.a. mit Alkohol und Medikamenten oder illegalen Drogen, zu übersehen.

Es ist in der Akutsituation sinnvoll, zunächst eine Syndrom-Diagnose zu stellen und die folgenden, vor allem somatisch-diagnostischen Schritte daraus abzuleiten. Besonders häufig in der Notaufnahme sind

- das verwirrt-delirante Syndrom (hyper- und hypoaktive Delirien – Ursache immer organisch),
- das paranoid-halluzinatorische Syndrom (Ursache kann organisch sein, oft aber Psychosen wie z.B. Schizophrenie),
- das katatone Syndrom/Erregungszustand (Ursache kann organisch sein, aber auch Psychosen oder dissoziative Zustände),
- das depressive Syndrom (schließt das suizidale Syndrom ein, organische Ursachen sind hier seltener, aber möglich),
- das ängstliche Syndrom (auch hier sind organische Ursachen und Entzugssyndrome möglich, häufiger aber Depressionen und Angststörungen).

Erneut: Die „organische Ursache" schließt bei dieser Einteilung immer die Intoxikationen mit ein!

Die Einteilung nach Syndromen erscheint für die Notaufnahme effizient und handlungsleitend. Psychiatrische Differenzialdiagnosen sollten erwogen werden, eine ausführliche psychiatrische Abklärung bleibt oft der weiteren Behandlung vorbehalten.

Da das Übersehen von organischen Erkrankungen und Intoxikationen die häufigste Fehlerquelle für schlechte Verläufe und Komplikationen darstellt, ist eine genaue allgemein-körperliche und neurologische Untersuchung unerlässlich. Eine medikamentöse Behandlung dient in der Notaufnahme stets nur der Symptomkontrolle und sollte erst dann erfolgen, wenn andere situationsberuhigende oder vertrauensbildende Versuche fehlgeschlagen sind.

- **In der Notaufnahme diagnostizieren wir pragmatisch in Syndromen und behandeln symptomorientiert.**
- **Körperliche Erkrankungen können durch psychische Auffälligkeiten verschleiert sein.**
- **Somatische Ursachen zu übersehen und eine körperliche Untersuchung zu unterlassen, nur weil sie schwierig ist, bedeutet jedoch eine Gefährdung für den Patienten.**

Vorbereitung der Untersuchung

Es ist eine Herausforderung, innerhalb limitierter Zeit und unter schwierigen Umgebungsbedingungen eine ruhige Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Doch auch schon vor dem Gespräch mit dem Patienten sollten Sie folgende Dinge klären:

1. Bevor Sie den Patienten untersuchen, holen Sie sich Vorinformationen (Pflegepersonal, NA-Arzt, ggf. zuführende Polizei).
2. Wirkt der Patient agiert und/oder tritt er bedrohlich auf?
3. Gibt es Hinweise auf akute Suizidalität und/oder drohende bzw. erfolgte Selbstschädigung?
4. Spricht der Patient auf Deeskalationsversuche an; kann mit ihm die weitere Behandlung besprochen/verhandelt werden? Benötigt der Patient dringend eine Medikation?
5. Falls mehrere Akutpatienten gleichzeitig zu versorgen sind: In welchem Umfang benötigt der Patient Beaufsichtigung durch das medizinische Personal der Notaufnahme? Wird mehr Personal benötigt?
6. Befindet sich der Patient in einer ruhigen, sicheren Umgebung? Bestehen Sie ggf. auf ein ungestörtes Behandlungszimmer.
7. Nehmen Sie maximal einen Angehörigen oder einen professionellen Helfer mit dazu. Wenn Sie mit dem Patienten allein sind: Stellen Sie vorher sicher, wie Sie wen zu Hilfe rufen können, falls Sie in Gefahr kommen. Lassen Sie sich hierbei auf kein Risiko ein! Es gilt: Selbstschutz hat Vorrang!

> Die Behandlung in der Notaufnahme beginnt damit, sich Vorabinformationen einzuholen, die helfen, von vornherein eine geeignete und sichere Untersuchungssituation zu schaffen.

Systematisches Assessment

Die zentralen Fragen, die Sie bei einer notfallmäßigen Erstvorstellung eines Patienten klären sollten, können im Rahmen eines klaren „Assessment-Plans“ schrittweise beantwortet werden:

Nutzen Sie die *Checkliste Psychiatrisches Notfall-Assessment*:

1. Welche psychischen Beschwerden und Erkrankungen führen den Patienten in die NA?
2. Welche körperlichen Beschwerden und Erkrankungen bestehen? Leidet der Patient an einer gravierenden körperlichen Erkrankung, die seine psychischen Beschwerden gänzlich oder zum Teil erklären könnte?
3. Gibt es entsprechende psychische und/oder körperliche Vorerkrankungen und Behandlungen? Nimmt oder nahm der Patient Medikamente ein? Spielen Alkohol oder Drogen eine Rolle?

4. Erheben Sie einen psychiatrischen Befund im Rahmen des Möglichen. Klären Sie prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren der zur Vorstellung führenden Beschwerden.
5. Versuchen Sie, fremdanamnestische Informationen von Menschen zu bekommen, die mit dem Patienten in der letzten Zeit Kontakt hatten (Partner, Verwandte, Hausarzt, Pflegedienst).
6. Erscheint der Patient in der Lage, für sich Entscheidungen zu treffen bzw. ist seine Einwilligungsfähigkeit maßgeblich beeinträchtigt?
7. Eigenhändige internistische und neurologische Untersuchung des Patienten. Sind weitere medizinische Untersuchungen nötig, um die zugrunde liegende Erkrankung zu identifizieren: Hier Rücksprache mit den ärztlichen Kollegen der anderen Disziplinen (Neurologie, Innere, Chirurgie?), ggf. Weiterleitung an andere medizinische Fachrichtungen.
8. Besprechen Sie auf dieser Basis mit dem Patienten die nächsten Untersuchungs- oder Behandlungsschritte und leiten Sie diese ein.

Frühzeitig sollten Sie den zeitlichen Verlauf bzw. die Entwicklung der Psychopathologie klären. Ist die Symptomatik akut aufgetreten oder hat sie sich über einen längeren Zeitraum entwickelt? Dies ergibt sich aus Ihrer Exploration und dem Zusammentragen sämtlicher über den Patienten verfügbarer Informationen; inklusive Labor- und apparativer Untersuchungsergebnisse und möglicher stationärer oder ambulanter Vorbehandlungen.

Ein einfach strukturierter „Assessment-Plan“ kann helfen, die Übersicht bei der Untersuchung zu bewahren. Einen solchen Plan kann man sich als Checkliste zurechtlegen und Punkt für Punkt abarbeiten.

Professionelle Haltung und Übersicht

Zielorientiertes Vorgehen und Besonnenheit sind im Notfall von besonderer Bedeutung, Die Ausstrahlung von Ruhe bzw. situationsberuhigende und vertrauensbildende Maßnahmen sind wichtig, gelingen aber gerade am Berufsanfang oft nur unter Anstrengung. Manchmal hilft es, einen tiefen ruhigen Atemzug zu nehmen, innerlich einen Schritt zurückzutreten und sich zu fragen:

- „Was ist jetzt am Wichtigsten und was kann erst mal warten?“ (first things first)
- „Was ist der nächste Schritt?“

Denken Sie daran, dass Sie immer nur eine Sache auf einmal machen können und konzentrieren Sie sich auf diese. Seien Sie fokussiert. Dabei hilft es, über den Tages- oder Dienstverlauf ein „Memo“ zu führen, in dem zu erledigende Aufgaben notiert sind. Das befreit von Gedächtnisaufgaben, die z.B. während eines Patientengespräches „im Hinterkopf ticken“. Seien nachsichtig mit sich selbst: Sie tun, was Sie aufgrund Ihres bisherigen Wissens tun können und bilden sich gewissenhaft fort. Lesen Sie nach, wenn Ihnen Wissenslücken auffallen. Aber stehen Sie dazu, wenn Sie einmal etwas nicht wissen und in einer Notfallsituati-

on keine Zeit für aufwändige Recherchen bleibt. Kommunizieren Sie dies offen und holen Sie sich den erforderlichen Rat ein.

In der Notaufnahme kommt es ganz besonders darauf an, sich nicht in Details zu verlieren, sondern den Überblick über die wichtigsten Schritte und Aufgaben zu behalten. Wissenslücken müssen identifiziert und geschlossen werden, im Notfall jedoch scheuen Sie sich nicht, auf den Rat von erfahrenen Kollegen zurückzugreifen.

Ansprache voreingenommener Patienten

Nicht selten trifft man auch auf Patienten, die kein Verständnis dafür haben, von einem Psychiater untersucht zu werden. Einige haben das Bedürfnis, zu beweisen, dass sie „nicht verrückt" sind. Diese Ängste oder Vorurteile verständnisvoll anzusprechen, ist essenziell, um überhaupt einen guten Erstkontakt zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist vor allem die Ansprache wichtig: Von „psychiatrischem Vokabular" wie „Depression", „Panikstörung" oder „Abhängigkeitserkrankung" werden solche Patienten eher abgeschreckt. Vielmehr sollte man zunächst in Umgangssprache beispielsweise von „Belastung", „Stressreaktion" bzw. „problematischem Trinken" sprechen.

„Psycho-Slang" ist nicht angebracht. Eine für den Patienten leicht verständliche Alltagssprache erweist sich oft als Brücke zu einem guten Kontakt.

Klärung der Einwilligungsfähigkeit

Gerade wenn sich psychisch auffällige Patienten einer medizinischen Behandlung nicht unterziehen wollen (wenn beispielsweise der oben beschriebene Patient die empfohlene Lumbalpunktion ablehnt), ist dies für die Kollegen der somatischen Fachbereiche oft ein Grund, den Psychiater mit der Frage nach der Einwilligungsfähigkeit um Hilfe zu bitten.

Dass ein Patient psychisch auffällig ist, muss aber nicht bedeuten, dass er nicht in der Lage ist, Für und Wider einer angebotenen Behandlung gegeneinander abzuwägen. Ebenso wenig kann man aus dem anamnestischen Vorliegen einer psychischen Erkrankung (z.B. Schizophrenie) schließen, der Patient wäre per se nicht einwilligungsfähig.

Entscheidend ist, ob ein Patienten verstehen kann, aus welchem medizinischen Grund man ihm welche Behandlung angeboten hat und dies, auch zu einem späteren Zeitpunkt, in eigenen Worten wiederholen kann. Bei Ablehnung einer Behandlung durch den Patienten wäre zu klären, ob er die Risiken bei Unterlassung der Maßnahme verstanden hat. Um verstehen zu können, warum/worin er einwilligt bzw. ablehnt, muss er also über Art und Umfang einer medizinischen Behandlung in möglichst einfacher, verständlicher Sprache ins Bild gesetzt werden.

Grundsätzlich gilt: Die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit („informed consent") eines Patienten bezieht sich stets auf eine konkrete Fragestellung bzw. die vorgeschlagene Behandlung. Die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit

sollte nicht durch den Psychiater, sondern durch den aufklärenden somatischen Kollegen erfolgen, denn dieser ist der Experte für die jeweilig angebotene Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahme. Wenn der aufklärende Arzt berechtigte Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit hat, kann der Psychiater hinzugezogen werden. In einem solchen Fall ist es empfehlenswert, den Patienten gemeinsam aufzuklären und zu befragen.

Das Einholen der Patienteneinwilligung ist die Pflicht des jeweils behandelnden Arztes. Als Psychiater begibt man sich bestenfalls in die Rolle eines Vermittlers im gemeinsamen Gespräch und verschafft sich so einen Eindruck, ob der Patient den aufklärenden Arzt versteht.

Herausforderungen in der kollegialen und interdisziplinären Zusammenarbeit

Aufbau einer guten Zusammenarbeit

Ein Einsatz in der NA kann Ihnen helfen, Ihre explorativen Fertigkeiten zu schulen, zu „verdichten" und sich im „Krisenmanagement" und in der Zusammenarbeit, aber auch in der Auseinandersetzung mit Kollegen anderer Fachrichtungen zu üben. Im interdisziplinären Diskurs ist Klarheit wichtig. In der Kooperation mit den ärztlichen Kollegen sollte klar festgelegt werden, wer für die Behandlung eines Patienten „hauptverantwortlich" ist. Im Idealfall wird diese Entscheidung nicht telefonisch, sondern gemeinsam „am Patientenbett" diskutiert und geklärt. „Knotenpunkte" zwischen unterschiedlichen Fachrichtungen werden schnell zum unübersichtlichen „Knäuel", in dem Behandlungspfade, die Gabe von Medikamenten oder ärztliche Anordnungen nicht mehr nachvollzogen werden können. Behandlungsfehler lassen sich besonders häufig auf schlichte Fehlkommunikation zurückführen.

Kollegialität beruht auf Gegenseitigkeit. Eine gute Strategie ist es, zu Beginn des Einsatzes in der NA grundsätzlich zu allen Kollegen, Ärzten wie Schwestern, freundlich, hilfsbereit und kollegial zu sein. Beobachten Sie gut, wie sich die Kollegen verhalten. Schon sehr bald werden Sie merken, welche Kollegen auch Ihnen gegenüber freundlich, hilfsbereit und kollegial sind, und welche abweisend und schmallippig werden, wenn sie Sie um Hilfe bitten. Diese Kollegen halten Hilfsbereitschaft oft für Schwäche, hier müssen Sie sich nicht ausbeuten lassen, sondern Klarheit und Konsequenz beweisen.

Kommunikation mit unkollegialen Kollegen

Eine Gesprächs-Sequenz mit einer fiktiven neurologischen Kollegin „Dr. L.", die als neurologische Konsiliaria für die NA zuständig ist, soll die Grundsätze im Umgang mit unkollegialem Verhalten illustrieren:

Psychiaterin: „Frau Dr. L., ich möchte Sie bitten, sich den Patienten einmal neurologisch mit anzusehen, mir scheint, die akute Verwirrtheit kann Zeichen einer zerebralen Entzündung sein. Er klagt über Kopfschmerzen und hat eine Leukozytose im Blut."

Dr. L.: „Sie sind doch selbst Arzt, wenn Sie die Vermutung haben, machen Sie eine Lumbalpunktion."

Hier können Sie jetzt bitten, argumentieren oder tatsächlich alles selbst machen, um einem Konflikt aus dem Weg zu gehen. Dies kostet jedoch wertvolle Zeit und birgt verschiedene Risiken bis hin zur Übernahme haftungsrechtlich relevanter Risiken. Wir schlagen Folgendes vor:

Psychiaterin: „Frau Dr. L., ich habe eine konkrete neurologische Verdachtsdiagnose. Ich muss jetzt hier in meinem Befund dokumentieren, dass Sie es ablehnen, bei dem Patienten ein neurologisches Konsil zu machen. Okay?"

Sollte Frau Dr. L. dann ihre Arbeit tun, ist es in Ordnung. Tut sie es nicht, dann dokumentieren Sie wie angekündigt die Weigerung und informieren Sie Ihren fachärztlichen Hintergrund. Dieser wird den Fall mit dem neurologischen Hintergrund besprechen, der die Sache dann wiederum mit Frau L. klären muss. Wenn sich solche Konflikte vor Ort nicht mit angemessenen Strategien kollegial klären lassen, ist der Wechsel der Hierarchie-Ebene notwendig und oft die wirksamste Intervention.

Sie selbst haben durch ihr eigenes Verhalten einen großen Einfluss auf die kollegiale Atmosphäre. Eine freundliche und kollegiale Zusammenarbeit ist erstrebenswert und fördert die Arbeitszufriedenheit. Gerade unter diesem Aspekt lohnt es sich aber auch, unkollegialen Kollegen offen entgegenzutreten.

Fallbezogene Differenzen mit Kollegen anderer Fachrichtungen

Als konsiliarpsychiatrisch tätiger Arzt in der NA werden Sie sich, wesentlich häufiger als im Rahmen der Tätigkeit in der Allgemeinpsychiatrie, mit älteren und auch geistig behinderten Patienten mit psychischen Auffälligkeiten konfrontiert sehen. Diese Patienten, deren psychische Auffälligkeiten häufig auf komplexen organischen Erkrankungen beruhen, sind, je nach Erregungs- oder Verwirrtheitszustand häufig „unbequem" für somatische Abteilungen, da sie viel Zeit und Zuwendung verlangen. Trotz der soziodemographischen Entwicklung haben sich die meisten Krankenhäuser noch nicht ausreichend auf diese Patientenklientel eingestellt. Oftmals argumentieren Kollegen der somatischen Fachrichtungen dann, dass es z.B. doch „besser" für einen älteren dementen Patienten sei, wenn er in der psychiatrischen Abteilung untergebracht würde, da diese doch besser auf die Behandlung von im Kontakt „schwierigen" Patienten ausgelegt sei.

Erneut: Gerade wenn es um den Ausschluss oder die Behandlung somatischer Ursachen einer psychischen Auffälligkeit geht, sollten Sie sich eher in der Rolle eines Fürsprechers bzw. eines „Patientenanwalts" begreifen, der sich im Interesse des Patienten für die notwendige somatische Diagnostik einsetzt. Hier könnte eine Frage an den Kollegen der somatischen Disziplin lauten: „Meinen Sie wirklich, dass eine psychiatrische Abteilung besser auf die Behandlung einer Herzrhythmusstörung ausgelegt ist als eine internistische?"

Bei dementen und geistig behinderten Patienten kann die Rolle des Konsiliarpsychiaters manchmal die eines „Patientenanwalts" sein, da diese Klientel durch Verhaltensauffälligkeiten in Gefahr gerät, bei körperlichen Erkrankungen ungenügend abgeklärt und behandelt zu werden.

Praktische Hinweise für die Gestaltung des Patientenkontaktes in der NA-Situation

Grundsätzliche Überlegungen

Wie bereits oben angedeutet, besteht eine große Herausforderung darin, innerhalb kurzer Zeit unter „widrigen" Umständen ein therapeutisches Verhältnis zum Patienten zu etablieren. Es gibt keine fest vorformulierte Vorgehensweise, um rasch ein therapeutisches Verhältnis zu einem Patienten aufzubauen, oder sich einen Eindruck von dessen Interaktionsverhalten und den Bewältigungsstrategien in Bezug auf eine vorliegende Erkrankung zu verschaffen. Doch möchten wir an dieser Stelle einige hilfreiche Strategien beschreiben.

Weiterhin kann es im Rahmen der Ersteinschätzung eines Patienten nützlich sein, sich im „eklektizistischen" Sinne mit psychologischen Rahmenmodellen vertraut zu machen, die Anpassungsprobleme an psychische, soziale oder krankheitsbezogene Belastungen erklären können und damit einen Weg für den Psychiater aufzeigen, dem Patienten diese Anpassung zu erleichtern.

Im Folgenden sind zum einen pragmatische Ratschläge zur Optimierung der Explorationsatmosphäre aufgeführt. Zum anderen werden als Beispiel eines psychologischen Rahmenmodells unterschiedliche Typen erwachsenen Bindungsverhaltens kurz beschrieben. Letztere sollen als eine Art Raster dienen, um das Patientenverhalten besser zu verstehen und sich auf dieses besser einstellen zu können. Grundsätzlich hilfreiche Fragen dabei sind:

- Welches Beziehungsangebot braucht der Patient von Ihnen?
- Wie vermitteln Sie am besten Ihre therapeutischen Ratschläge, damit der Patient sie mit größtmöglicher Wahrscheinlichkeit umsetzt?

Praktische Tipps zur Schaffung einer geeigneten Gesprächsatmosphäre

Hinsetzen: Idealerweise haben Sie die Möglichkeit, die Anamneseerhebung dem Patienten gegenübersitzend durchzuführen, ggf. auch sitzend neben dem Kopf des Patientenbetts. So kann die Exploration auf „gleicher Augenhöhe" stattfinden. Zudem wird dem Patienten vermittelt, dass Sie sich für die Exploration ausreichend Zeit nehmen und die Gesprächssituation nicht „fluchtartig" wieder verlassen.

Etwas „Greifbares" für den Patienten tun: Praktische, hilfreiche Gesten, wie das Reichen eines Wasserbechers oder das Adjustieren eines Kopfkissens können deeskalierenden Charakter haben. Sie vermitteln dem Patienten Vertrauen.

Die Hand reichen: Ein kurzer Händedruck zu Beginn und zum Ende einer Exploration können den Gesprächsbeginn und -abschluss markieren. Berührungen (in angemessenem Ausmaß) können in einigen Fällen die Distanz zwischen Ihnen und Ihrem Patienten reduzieren und ihm ein Gefühl von Sicherheit vermitteln. Insbesondere gilt dies für demenzerkrankte Patienten. Patienten, die mehr Distanz brauchen und den Händedruck nicht wünschen, vermitteln dies non-verbal. Es gilt, für diese Zeichen aufmerksam zu sein und die Bedürfnisse des Patienten zu akzeptieren. Keinesfalls sollte man die Distanzwünsche eines Patienten als

persönliche Kränkung begreifen und selbst entsprechend ablehnend reagieren, auch und gerade wenn man ein eigenes Kränkungsgefühl bemerkt.

Den Patienten anlächeln: Dies gilt natürlich nur im geeigneten Kontext. Auch, oder gerade wenn Sie unter hohem Stress stehen, kann ein Lächeln ein durch den Patienten empfundenes Bedrohungs- oder Überforderungsgefühl deutlich entlasten.

Sich auf die „Sprache" des Patienten einlassen: Dies bedeutet nicht, den Sprachduktus des Patienten gänzlich zu übernehmen, sondern in Worten zu sprechen, die dem Patienten verständlich sind. Dennoch kann es außerdem hilfreich sein, Formulierungen zu verwenden, die der Patient selbst vorgibt. Wenn der Patient beispielsweise im Rahmen eines depressiven Syndroms von „ständiger Erschöpfung" spricht, ist es sinnvoll, dies aufzugreifen und beispielsweise einen Satz mit den Worten einzuleiten: „Trotz Ihrer ständigen Erschöpfung, ist es Ihnen da noch gelungen ...?" Generell sollte ein vorsichtiger Umgang mit dem Wort „psychisch" gepflegt werden (s. Abschn. „Ansprache voreingenommener Patienten"). Etwa bei einem psychoedukativen Gespräch mit einem Patienten mit einer somatoformen Störung sollten Formulierungen wie: „Das ist alles nur psychisch." vermieden werden.

Die Vorgeschichte mit eigenen Worten zusammenfassen: Sofern der Patient bereits von mehreren Ärzten in der Notaufnahme untersucht und exploriert wurde, kann es sich zeitsparend auswirken, die Umstände der Vorstellung bzw. die Vorgeschichte des Patienten als Gesprächseinleitung kurz mit eigenen Worten zusammenzufassen. Dies sollte dem Patienten allerdings die Möglichkeit einräumen, verfälschte Wahrnehmungen oder Fehleinschätzungen zu korrigieren und neue Aspekte der Vorgeschichte eingehender zu beleuchten.

Zudem bezeugt eine kurze Zusammenfassung der Umstände der Vorstellung die Tatsache, dass Sie sich bereits mit dem Fall des Patienten auseinandergesetzt haben bzw. im Vorfeld ein interdisziplinärer Austausch mit Ihren ärztlichen Kollegen erfolgt ist. Eine Zusammenfassung der Vorgeschichte durch einen Arzt, so rudimentär sie sein mag, kann auch für den Patienten wesentliche neue Aspekte eröffnen.

Was ist am vordringlichsten? Was macht den „Notfall" aus? Worin besteht das unmittelbare Anliegen des Patienten? Sofern er gedanklich mit etwas anderem, einer möglichen Sorge oder Angst (beispielsweise „Wer versorgt zu Hause mein Kind.") befasst ist, wird dies die Aufmerksamkeit von der Exploration ablenken. Manchmal ergibt sich nicht unmittelbar aus der Befragung eines psychisch erkrankten Patienten, warum (etwa statt einer Vorstellung beim ambulanten Psychiater) eine Vorstellung in der Notaufnahme erfolgen musste. Dies sollte dann klar erfragt werden. Möglichst frühzeitig das vordringlichste Anliegen des Patienten zu eruieren spart wertvolle Zeit und kann als „Leitfaden" für den Explorationsverlauf dienen.

Was denkt der Patient über die eigene Erkrankung? Der Patient als „Sachverständiger" der eigenen Störung: Welche sind die größten mit der Symptomatik verbundenen Ängste? Diese Frage bietet eine weitere Möglichkeit, Fehlannahmen über die Erkrankung frühzeitig zu korrigieren. Eine zeitnahe Klärung kann sich positiv auf die Com-

pliance des Patienten im weiteren Behandlungsverlauf auswirken. Welche Mutmaßungen hat der Patient selbst über seine Erkrankung angestellt? Hat er Vermutungen bezüglich Belastungs- oder pathogenetischer Faktoren, die seine Erkrankung oder Störung bedingt haben könnten? Diese Explorationsstrategie kann wesentliche diagnostische Hinweise liefern.

Den Patienten zum „Verbündeten" im Rahmen der weiteren Diagnostik machen, ggf. Parallelen zur somatischen Medizin herstellen: Gerade die Durchführung kognitiver Testungen, etwa des MMST kann im Rahmen einer „notfallmäßigen" Exploration auf den Patienten sehr abrupt wirken und eher zum Aufbau von Misstrauen und Feindseligkeit führen. In jedem Fall sollten Sie erklären, warum Sie beispielsweise eine kognitive Testung durchführen.

Abhilfe kann die folgende Vorgehensweise schaffen: „Bitte unterstützen Sie mich dabei, herauszufinden, was die Konzentrationsschwierigkeiten bei Ihnen verursacht. Dazu würde ich Ihnen gerne einige Fragen stellen. Diese Fragen sind für mich ein wichtiges Untersuchungsinstrument und werden vielleicht bei Ihrer Weiterbehandlung wiederholt werden müssen, ähnlich wie Sie das von Untersuchungen Ihres Blutbilds kennen." Eine „ko-investigative" Rolle befreit den Patienten zudem aus der des „passiven Krankheitsopfers".

Die Notlage des Patienten anerkennen: Für Patienten kann es sehr beruhigend sein, sich mit den eigenen Befürchtungen und dem eigenen Leidensdruck angenommen, „erkannt" zu fühlen. Gerade bei Patienten mit somatoformen Störungen kann eine Validierung bzw. Anerkennung der empfundenen Beschwerden – entgegen der unmittelbaren „Enttarnung" der Psychogenese einer Erkrankung – ein wichtiger therapeutischer Schritt sein.

Dem Patienten „Feedback" geben: In jedem Fall sollte dem Patienten orientierend die Verdachtsdiagnose, das weitere Untersuchungs- und Behandlungskonzept erläutert werden, auch wenn nicht jeder Schritt im Detail auseinandergesetzt werden muss: Der Patient sollte eine ungefähre Vorstellung von dem haben, was ihn erwartet. Stellen Sie Verständnisfragen gegen Ende des Arztgesprächs, z.B.: „Nun habe ich so viel geredet. Jetzt würde ich gern hören, ob es bei Ihnen auch richtig angekommen ist. Können Sie mir kurz sagen, wie Sie es verstanden haben: Welche Art von Erkrankung vermuten wir bei Ihnen und welche nächsten Untersuchungsschritte planen wir?"

Bindungstheoretischer Exkurs: Eine zusätzliche „Brille" zur Beurteilung interaktionellen Verhaltens

Die Kenntnis von bindungstheoretischen Konzepten bietet eine Möglichkeit, Behandlungsstrategien besser an die Interaktionsmuster und Bedürfnisse der Patienten anzupassen. Zudem stellen diese Konzepte ein zusätzliches Werkzeug dar, auch nicht-psychiatrischen Kollegen das Verhalten „schwieriger" Patienten besser verständlich zu machen. Die Klassifizierung bzw. das Kennenlernen der unterschiedlichen Bindungstypen kann für den Arzt in der Notaufnahme eine Art diagnostischer „Brille" darstellen, die „schnell aufzusetzen" ist und mit deren Hilfe die Kontaktaufnahme und Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung we-

sentlich erleichtert wird. Ein wichtiges Instrument der Bindungsstil-Diagnose ist nicht nur die genaue Verhaltensbeobachtung des Patienten, sondern die Beobachtung der eigenen Empfindungen, also möglicherweise der Impulse von Fürsorge und Nähe, aber auch von Gefühlen wie Misstrauen, Hilflosigkeit oder Wut, die ein Patient im untersuchenden Arzt auslöst.

Die Bindungstheorie umschreibt evolutionäre und entwicklungsgeschichtliche Wurzeln der Muster zwischenmenschlicher Beziehungen. Diese Muster resultieren aus einem Zusammenspiel von Umwelt- (hier v.a. die Beziehung zu den Eltern) und genetischen Faktoren und persistieren relativ stabil über den Verlauf des Lebens. Die Entwicklung eines bestimmten Bindungsstils bei einem Kind, die zunächst aus der Interaktion mit ihrem primären Versorger resultiert, hat die eigentliche Funktion, den erlebten Stress für das Kind – beispielsweise bei Trennung von der Bezugsperson – so minimal wie möglich zu halten. Diese Anpassungsprozesse an ihre primären Bezugspersonen erlauben Kindern im späteren Verlauf zügige Rückschlüsse auf andere zwischenmenschliche Interaktionen. Die Entwicklung eines spezifischen Bindungsstils bei einem Kind soll also im Grunde die Effektivität sozialer Interaktion erhöhen und es vor Belastung schützen.

Die Spuren dieser Interaktionsstile setzen sich bis ins Erwachsenenalter fort und können bei Patienten nicht nur einen deutlichen Einfluss auf die Interaktion mit dem Arzt haben, sondern auch auf Symptomverstärkung, Gesundheitsverhalten und das Einholen sozialer Unterstützung. Dies ist vor allem durch die Tatsache bedingt, dass die Bindungsmuster durch Situationen reaktiviert werden, die einen starken psychischen Stressor darstellen: Beispielsweise eine Vorstellung im Krankenhaus, eventuell sogar in der Notaufnahme, beeinträchtigte kognitive Fähigkeiten oder auch die Trennung vom gewohnten sozialen Umfeld. Weiterhin werden diese Bindungsprozesse durch Situationen ausgelöst, in denen es notwendig ist, Vertrauen zu einem Interaktionspartner – z.B. dem anamneseerhebenden Arzt – aufzubauen. Auch hier dient die Reaktivierung „erlernter“ Bindungsmuster der Regulation von Stress.

Im Folgenden sollen vier „Prototypen“ erwachsenen Bindungsverhaltens umschrieben werden, wie sie von Bartholomew und Horowitz (1991) herausgearbeitet wurden; vor allem in Bezug auf ihre Implikation für den ärztlichen Erstkontakt zu einem Patienten in der Notaufnahme. In jedem Fall ersetzen die folgenden Beschreibungen keinesfalls eine psychiatrische Diagnostik, hier geht es jedoch um Persönlichkeitsstile und -akzentuierungen. Zudem gibt es natürlich Patienten, die Charakteristika mehrerer der unten angeführten „Prototypen“ aufweisen. Diese Klassifizierung stellt allerdings den Versuch einer Simplifizierung des zugrundeliegenden „Kontinuums“ dar, auf dem sich das menschliche Interaktionsverhalten bewegt.

Der sichere Bindungsstil: Patienten mit sicherem Bindungsverhalten haben ein suffizientes Selbstvertrauen und Vertrauen in die Notwendigkeit bzw. den Wert enger zwischenmenschlicher Beziehungen. In ihrer Entwicklung durften sie ein weitgehend konsistentes, „bedarfsgesteuert“ vermitteltes Gefühl von Sicherheit durch ihre Eltern bzw. ihre Primärversorger erleben. Sie können flexibel in Rollen zwischen Autonomie und Abhängigkeit changieren und sich von allen Bindungs-

typen am besten an widrige Umstände anpassen. Für den medizinischen Kontext bedeutet dies, dass die „Stress-Antwort“ des Patienten auf eine Erkrankung am ehesten proportional zu den bedingenden Auslösern ausfällt und häufig für den behandelnden Arzt am ehesten nachvollziehbar ist. In Untersuchungen unter Angehörigen von Gesundheitsberufen konnte nachgewiesen werden, dass diese gegenüber Patienten mit sicherem Bindungsstil am ehesten Empathie empfinden und es leicht erscheint, die Anamnese eines solchen Patienten zu verstehen, Behandlungsratschläge zu kommunizieren und konstruktives, problemlösendes Verhalten bei diesen Patienten zu mobilisieren.

Der besitzergreifende Bindungsstil (im Englischen: „preoccupied“): Dieser Bindungsstil ist durch „abhängiges“ Verhalten, einem verstärkten Ausdruck von Emotionen und einem intensiven Bedürfnis nach der Aufrechterhaltung von emotionaler Nähe charakterisiert. In ihrer Entwicklung erfuhren diese Patienten eine inkonsistente Vermittlung von Sicherheit und Fürsorge. Ihre Interaktionsmuster können als Resultat eines „hyperaktivierten“ Bindungssystems verstanden werden: Ein chronisches Gefühl von Verletzbarkeit oder Gefahr löst eine defensive, überschießende „Stress-Antwort“ aus. Der Patient ist fortwährend damit *beschäftigt,* emotionale, gar physische Nähe zum Bindungspartner aufrechtzuerhalten. Im medizinischen Setting zeichnen sich diese Patienten durch ein hohes Maß an Hypervigilanz aus, die ihre Aufmerksamkeit – beispielsweise für körperliche Symptome – deutlich verstärken kann. Patienten sind im Rahmen der Exploration eher mit sich und ihren eigenen Emotionen *beschäftigt*. Für den Arzt kann es sich schwierig gestalten, „harte Fakten“ aus der Krankengeschichte herauszuarbeiten. Ständige Beschäftigung mit der Sorge um eine mögliche oder die bestehende Erkrankung kann hier zur übermäßigen Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems führen, etwa im Sinne von „Doctor-Hopping“ oder häufigen Notfallvorstellungen. Diesen Patienten begegnet das medizinische Personal häufiger mit Abstand oder Vermeidung, was aber das hilfesuchende und anklammernde Verhalten paradox verstärkt.

Der abweisende Bindungsstil (im Englischen: „dismissing“): Dieses Bindungsverhalten wird durch ein hohes Maß an Autarkie und einem größeren Maß zwischenmenschlicher Distanz und Zurückhaltung bestimmt. In ihrer Entwicklung wurden diese Patienten von ihren Primärversorgern überwiegend teilnahmslos behandelt bzw. erfuhren diese als wenig umsorgend und schützend. Typischerweise gehen Patienten mit diesem Bindungsstil eher misstrauisch in ungewohnte, stressauslösende Interaktionen. Situationen, die ein gewisses Maß an Intimität oder Abhängigkeit abverlangen, wirken auf solche Patienten eher aversiv. Nähe zum „Bindungspartner“, wie z.B. einem NA-Arzt, wird daher eher vermieden und Signale persönlicher Schwäche werden unterdrückt. Ein positives Selbstwertgefühl wird dadurch reguliert, dass Andere auf Distanz gehalten oder abgewertet werden. Es besteht wenig Zugang zu den eigenen Emotionen. Symptome werden von diesen Patienten ggf. erst spät berichtet oder heruntergespielt. Die Entschlossenheit, Probleme „auf die eigene Art“ zu lösen, könnte zu Compliance-Schwierigkeiten führen und tatsächlich empfundener Stress eher „maskiert“ werden, was bei diesen Patienten zu längerfristigen Problemen führen könnte.

Der unsichere Bindungsstil: Bei diesem Bindungstypus wird ein inkonsistentes Spannungsfeld zwischen erhöhter Bindungsvermeidung und dem Bedürfnis nach Nähe zum „Bindungspartner“ deutlich. Den kindlichen Bedürfnissen wurde hier mit intensiver Abneigung bzw. mit Härte durch ihre primären Versorgungspersonen begegnet. Vertreter dieses Bindungsstils sind häufiger im medizinischen Setting präsent als Patienten mit abweisendem Bindungsverhalten. Beide Stile unterscheiden sich deutlich im verbal oder über das Verhalten kommunizierten Maß an Stress, wobei letzterer für den unsicheren Bindungsstil überschießende Ausmaße annehmen kann. Ein Mensch mit unsicherem Bindungsverhalten ist anfällig für mögliche soziale Isolation, aber wirkt im Gegensatz zum oben beschriebenen Typus nicht selbstbewusst und selbständig. Mit den Vertretern des „besitzergreifenden“ Bindungsstils teilen sie ein niedriges Selbstbewusstsein und eher negativen Affekt. Die Nutzung des Gesundheitssystems resultiert bei diesen Patienten häufig in einer schwierigen, ambivalenten Haltung zwischen der Signalisierung eines bestehenden Leidensdrucks und der Ablehnung medizinischer Behandlung im Sinne von: „Ich leide, hilf mir, aber komm mir nicht zu nahe.“

Ein Fallbeispiel

Zur Verdeutlichung der Praxisrelevanz einer Beachtung des Bindungsstils stellen wir hier eine fiktive Gesprächssequenz mit einem Patienten in der NA vor. Herrn A. ist ein Automechaniker, der sich wegen akuter Brustschmerzen in der NA vorstellte. Die internistischen Kollegen hatten zunächst einen Myokardinfarkt ausgeschlossen, stellten Herrn A. dann aber wegen Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und deutlich gedrückter Stimmung nach partnerschaftlicher Trennung mit dem Verdacht eines depressiven Syndroms dem Psychiater vor.

Psychiater: „Guten Tag Herr A., mein Name ist D. und ich arbeite als Psychiater in der Notaufnahme. Mein Kollege Herr B. hat mich gebeten, mit Ihnen zu sprechen und einige Fragen zu Ihren Beschwerden zu stellen …“

Herr A. (unterbricht den Psychiater): „Oh Gott, jetzt kommt auch noch der Psycho-Klempner! Das hatte ich befürchtet! Ich bin nur wegen meiner Brustschmerzen hier. Und für meine Schlafstörungen wollte ich lediglich ein Mittelchen zum Einschlafen!“

An dieser Stelle könnte der Psychiater dem Patienten ein ähnlich aversives Verhalten entgegenbringen, wie dieser ihm gegenüber aufweist und gereizt reagieren. Allerdings reflektiert er, dass es bei dem Patienten Hinweise auf ein depressives Syndrom gibt und zudem möglicherweise ein „aktiviertes Bindungssystem“ hinter seinem ablehnenden Verhalten steht. Offenbar reagiert der Patient mit Wut und zwischenmenschlicher Distanzierung auf eine unbekannte Situation, was für einen abweisenden Bindungsstil sprechen könnte. Nun geht es darum, einen Zugang zu dem Patienten zu gewinnen, indem der Psychiater sich dem vermuteten Distanzbedürfnis des Patienten anpasst:

Psychiater: „Herr A., ich möchte Ihnen gar keine Behandlung aufzwingen, schon gar keine psychiatrische. Kann ich Ihnen vielleicht ein Angebot machen?“

Der Psychiater macht klar, dass er die Grenze des Patienten respektiert und überlässt Herrn A. die Wahl.

Herr A.: „Nicht gern. Aber lassen Sie hören.“

Psychiater: „Wir können im Rahmen einer kurzen Untersuchung versuchen, herauszufinden, was die Ursache Ihrer Schlafstörungen sein könnte. Dazu muss ich Ihnen vor allem ein paar Fragen stellen, die mir helfen, Ihre Schlafstörungen genauer einordnen zu können, okay?“

Herr A.: „Ja gut, und dann?“

Psychiater: „Wenn wir zu dem Ergebnis kommen, dass eine bestimmte Erkrankung die Ursache ist, steht es Ihnen immer noch frei, zu entscheiden, ob Sie meine Behandlungsvorschläge dann annehmen oder nicht. Ich habe keine Ahnung von Autos, aber ich stelle mir das so vor: Wenn ich Ihnen einfach etwas zum Einschlafen verschreiben würde, ohne dass ich die Ursache weiß, wäre das, als hätte mein

Auto ein Öl-Leck und ich immer wieder Öl nachgießen würde, ohne zu schauen, wo das Auto Leck geschlagen hat."

Herr A. (grinst): „Na gut, schießen Sie los."

Der Psychiater hat in dieser Gesprächssequenz dem Patienten stets Wahlmöglichkeiten angeboten, hat Worte wie „Angebot" und „freie Entscheidung" benutzt. Zudem konnte er ihn in seiner beruflichen Expertise wertschätzen, indem er den Auto-Vergleich anstellte und gleichzeitig andeutet, dass er, der Psychiater (im Gegensatz zu Herrn A.) auf diesem Gebiet „keine Ahnung" habe. Dies half offenbar, das Gespräch gut anzubahnen.

Hilfreiche Strategien in der Beziehungsgestaltung

Zusammenfassend lassen sich die Regeln der ärztlichen Beziehungsgestaltung bei den vier exemplarischen und zu didaktischen Zwecken stark vereinfachten Bindungsstilen wie folgt beschreiben:

1. Bei Patienten mit sicherem Bindungsstil müssen in der Regel im ärztlichen Kontakt keine Besonderheiten beachtet werden.
2. Patienten mit besitzergreifendem Bindungsstil benötigen einen „führenden", klar strukturierten Stil, aber viel Unterstützung bei der Entscheidungsfindung.
3. Ein distanzierter Bindungsstil erfordert es, dem Patienten zwar alle Informationen an die Hand zu geben, aber ihm ein Höchstmaß an Entscheidungsfreiheit im therapeutischen Prozess zu überlassen.
4. Patienten mit unsicherem Bindungsstil stellen durch ihr Interaktionsverhalten oft besonders große Herausforderungen an das therapeutische Geschick. Hier kommt es darauf an, Sicherheit zu vermitteln, aber gleichzeitig die persönlichen Grenzen des Patienten zu achten.

Literaturempfehlung

Bartholomew K, Horowitz L (1991) Attachment Styles Amoung Young Adults: A Test of a Four-Category Model. Journal of Personality and Social Psychology 61, 226–244

5. Der junge Psychiater in der Notaufnahme – praktische Tipps des Intensivmediziners

Bodo Klee

Regel 5: Zuerst an Verlegung denken.

Regel 13: Ärztliche Betreuung besteht darin, so wenig wie möglich zu tun.

WVF: Weg von dem Fall.

(Shem 1996)

Für jeden Assistenzarzt in Ausbildung kommt der Tag, an dem er das erste Mal in die Notaufnahme gerufen wird. Wenn er Glück hat, ist noch ein erfahrener psychiatrischer Kollege konsultierbar, hat er das nicht, ist er auf sich allein gestellt. Er muss parallel – ggf. in Zusammenarbeit oder gar Auseinandersetzung mit Kollegen anderer Fachrichtungen – mehrere Entscheidungen treffen. Das fordert ihn, nicht selten aber überfordert es ihn auch, zumindest wenn er am Anfang seiner ärztlichen Karriere steht. Besonders problematisch wird es, wenn eine somatische Ursache einer psychiatrischen Symptomatik vorliegen könnte. Dann beginnt ein Gerangel darüber, wer den Patienten denn nun weiterbehandeln muss. Manchmal könnte – zumindest theoretisch – sogar eine intensivmedizinische Mitbehandlung erforderlich sein. Spätestens dann werden die Intensivmediziner angefordert und sollen übernehmen, wenigstens aber den Schiedsrichter zwischen den beteiligten Disziplinen spielen. Nicht immer entsteht der Eindruck, dass es in erster Linie um eine sinnvolle Patientenversorgung geht, son-

dern eher die 5. Regel des „House of God“ – „Zuerst an Verlegung denken.“ – zur Anwendung kommt:

Vor ein paar Jahren bin ich als intensivmedizinischer Bereitschaftsarzt morgens gegen 04:30 Uhr in die Notaufnahme unseres Hauses gerufen worden. Die Diensthabenden der Inneren Klinik und der Psychiatrie stritten sich darüber, wer eine junge ca. 21-jährige Patientin weiter medizinisch versorgen solle, konnten sich nicht einigen und haben mich hinzugezogen. Die Patientin war in Begleitung ihres Freundes selbst in die Notaufnahme gekommen, weil sie auf einer Party ca. 3–4 h vorher neben Alkohol erstmalig Speed konsumiert hatte und jetzt immer noch eine innere Unruhe verspürte. Sie war ansonsten völlig adäquat, nur etwas verängstigt. Somatisch fand sich lediglich eine Tachykardie bis maximal 130/min bei einem RR von 120/75 mmHg. Auf meine Frage an die Patientin, warum sie ins Krankenhaus gekommen wäre, erhielt ich die Antwort, sie kenne dieses Gefühl nicht und mache sich Sorgen. Als ich den Kollegen der Psychiatrie fragte, warum er mich gerufen habe, meinte er, die Patientin müsse doch im Krankenhaus bleiben und mit einer Tachykardie könne er sie nicht auf die psychiatrische Station aufnehmen. Dem internistischen Kollegen habe er die Patientin schon angeboten, der habe sie abgelehnt. Eine Indikation für eine Krankenhausaufnahme, geschweige denn intensivmedizinische Überwachung stellte sich mir immer noch nicht dar, weil die beschriebenen Symptome klassische Nebenwirkungen und aus meiner Sicht auch schon rückläufig waren. Der Kollege der Psychiatrie bestand aber weiterhin auf einer Aufnahme und sprach auch das Risiko einer Patientengefährdung an. Müde und auch in Anbetracht der Uhrzeit fragte ich ihn, ob er sich vorstellen könnte, was die Patientin für eine Herzfrequenz beim Sex hätte? Diese betrüge bis zu 180/min und würde doch auch nicht zur Krankenhausaufnahme führen. Im Übrigen wäre der Einnahmezeitpunkt schon zu lange her, als dass eine Verschlimmerung der Symptomatik zu erwarten wäre. Falls die Patientin weiterhin Angst hätte und einer verbalen Beruhigung nicht zugänglich wäre, wäre u.U. die Gabe einer niedrigen Benzodiazepin-Dosis indiziert. Wenn er wolle, könne er die Patientin gern aufnehmen, ich täte es nicht. Danach verließ ich die Notaufnahme.

Was war hier passiert? Ein junger, noch nicht so erfahrener Kollege hatte die Indikation für eine Krankenhausaufnahme gestellt, wollte die Patientin aber nicht selbst versorgen bzw. glaubte, sie nicht versorgen zu können. Abgesehen von der in diesem Fall überhaupt nicht bestehenden Aufnahmeindikation kann diese **WVF**-Strategie (**W**eg **v**on dem **F**all) in der täglichen Praxis zwar vor eventuellen forensischen Problemen schützen und reduziert den eigenen Arbeitsaufwand, jedoch nicht immer zu der für den Patienten optimalen Therapie führen, sofern diese überhaupt notwendig ist. Deshalb sollten nicht die oben genannten, sondern andere Prämissen für das Handeln in der Notaufnahme gelten, wie z.B.:

- Psychiater sind auch Ärzte!
- Denken ist nicht verboten!
- Häufiges ist häufig, Seltenes ist selten!
- Kommunikation!

Was ist damit konkret gemeint? Den Intensivmedizinern werden in der Notaufnahme durch die (angehenden) Psychiater Patienten unterschiedlicher Kategorien vorgestellt:

1. der psychiatrische Patient mit (potenziell) (lebens-)bedrohlichen Komplikationen
2. der psychisch auffällige Patient mit (potenziell) (lebens-)bedrohlicher somatischer Grunderkrankung
3. der intoxikierte Patient

4. der „unklare“ Patient

Alle vier Patientengruppen zeigen – das ist die Herausforderung – sowohl psychische als auch somatische Symptome. Die Kunst besteht nun darin, diese zu erfassen, zu bewerten und schnell herauszufinden, was von wem getan werden kann bzw. muss. Dabei müssen zuerst die wahrscheinlichsten Diagnosen abgeklärt werden, ehe man sich den Exoten zuwendet. Es ist unmöglich, im Rahmen dieses Leitfadens auf alle Situationen einzugehen, die einem begegnen können. Aber es ist möglich, sich ein einfaches Vorgehen anzueignen, welches diese Situationen weniger bedrohlich und damit beherrschbarer macht. Zunächst sollte man sich mit folgenden Punkten auseinandersetzen:

1. Wie geht es dem Patienten (Vitalparameter, Vigilanz, Labor …)?
2. Was berichtet der Patient (keine Fachdisziplin erlernt das Explorieren so gut wie Psychiater …)?
3. Welche potenziellen Bedrohungen bestehen und in welcher Ausprägung und welchem Zeitfenster sind sie zu erwarten?
4. Ergibt sich aus 1.–3. eine Überwachungs- und Behandlungsindikation? Wenn ja, welche und durch wen?

Das hört sich wie eine Binsenweisheit an, ist aber in der Praxis oft schwerer als gedacht. Vor allem Punkt 4 führt immer wieder zu Konflikten, weil es hier nicht nur um den einzelnen Patienten geht, sondern unter Umständen die (teure und knappe) intensivmedizinische Kapazität ausgeschöpft ist und mehrere Patienten um ein Bett konkurrieren (Triage-Situation).

Der psychiatrische Patient mit (potenziell) (lebens-)bedrohlichen Komplikationen

Diese Patienten sind auch durch den am Beginn seiner Ausbildung stehenden Psychiater gut zu identifizieren. Darunter fallen zum einen Patienten mit hoher akuter Suizidalität und Eigengefährdung (Selbstverletzung etc.), die sich aber noch nicht somatisch geschädigt haben und deshalb durch den Psychiater selbst akut behandelt werden müssen. Dem gegenüber stehen die Patienten, die sich somatisch geschädigt haben. Hier sind Art und Ausmaß der Schädigung maßgebend für eine Mit- oder Alleinbehandlung durch die somatischen Disziplinen einschließlich Intensivmedizin. Infolge psychiatrischer Grunderkrankungen verletzte Patienten werden durch den Chirurgen versorgt. Dann muss entschieden werden, ob eine Weiterbehandlung primär durch die Chirurgen oder die Psychiater erfolgt oder aber so eine gravierende Verletzung vorliegt, dass sogar eine intensivmedizinische Betreuung notwendig ist. Dazu orientiert man sich in erster Linie an den Vitalparametern (Kreislauf, Atmung, Vigilanz, wesentliche Laborwerte wie Blutbild, BZ, ggf. Gerinnung), des Weiteren an zu erwartenden Komplikationen (Blutungen, Infektionen). Bei einer effektiven konsiliarischen Betreuung durch die Chirurgen können diese Patienten durchaus auf einer psychiatrischen Station entsprechend ihrer Grunderkrankung versorgt werden. Eine Ausnahme bilden Patienten, die einer intensivmedizinischen Überwachung und

Therapie bedürfen, z.B. wegen einer notwendigen Analgosedierung, um das chirurgische Sanierungsergebnis nicht zu gefährden.

Eine weitere potenziell lebensbedrohliche Komplikation bei psychisch erkrankten Patienten stellt das schwere Delir dar. Hierunter fallen insbesondere Entzugssyndrome bei Substanzabusus (in erster Linie Alkohol und Benzodiazepine). Wenn sich bei diesen Patienten bereits eine ausgeprägte vegetative Symptomatik zeigt, muss der Patient ggf. intensivmedizinisch vorgestellt werden. Eine Sonderstellung kommt den Patienten mit Intoxikationen zu, auf die deshalb im Folgenden separat eingegangen wird.

Ein besonderes psychiatrisches Krankheitsbild stellt die schwere (perniziöse) Katatonie dar, die zumindest bei indizierter EKT und klinischen Symptomen wie Exsikkose, Fieber etc. der Unterstützung des Anästhesisten u./o. Intensivmediziners bedarf.

Der psychisch auffällige Patient mit (potenziell) (lebens-)bedrohlicher somatischer Grunderkrankung

In diese Kategorie fallen alle Patienten, die im Rahmen einer schweren somatischen Erkrankung eine psychische Begleitsymptomatik bieten. Dazu zählen insbesondere delirante Zustände wie z.B. bei einer Infektionserkrankung. Nimmt diese einen akuten septischen Verlauf, kann gerade die psychische Symptomatik als Erstsymptom auftreten. Vor allem ältere Patienten werden oft primär so auffällig. Hier ist rasches differenzialdiagnostisches Handeln gefragt, um eine eventuelle somatische Ursache schnell auszuschließen bzw. zu therapieren. Allerdings bedeutet das Finden einer somatischen Ursache nicht zwangsläufig, dass der Patient jetzt nicht mehr psychiatrischer Mit- oder Primärbehandlung bedarf. Gerade eine Delir-Symptomatik kann bei gleichzeitiger Behandlung der Grunderkrankung abhängig von der Klinikorganisation prinzipiell auch in psychiatrischen Abteilungen therapiert werden. Zu diesen Grunderkrankungen zählen z.B. schwere Harnwegsinfekte, die somatisch oft relativ einfach zu beherrschen sind. Deshalb sollte jeweils interdisziplinär und konsensuell im Interesse des Patienten entschieden werden, welche Fachrichtung ihn wie am besten versorgt. Patienten mit Intensivüberwachungs- oder -behandlungspflicht müssen selbstverständlich durch den Intensivmediziner betreut werden.

Der intoxikierte Patient

Hier müssen suizidale Intoxikationen von akzidentiellen unterschieden werden. Letztere können z.B. infolge einer Dauermedikation (klassisch ist hier die Lithium-Intoxikation) oder als unbeabsichtigte Folge einer Akutintervention (z.B. Sedierung eines agitierten Patienten) auftreten. Die Entscheidung für das weitere Vorgehen hängt hier von mehreren Faktoren ab:

- Zeitpunkt der Ingestion
- Substanz(en) (Mono- oder Mischintoxikation, Dosis, Halbwertzeit[en])
- potenziell zu erwartende Komplikationen

- klinisches Bild

Die ersten beiden Punkte können bei kooperativen Patienten in der Regel schnell eruiert werden. Sind die Substanzen bekannt, sollte immer der Giftnotruf konsultiert werden. Es ist aber zu beachten, dass die Empfehlungen dieser Kollegen eben Empfehlungen und keine Anweisungen sind. Die behandelnden Kollegen müssen immer das klinische Bild in die weitere Entscheidung einbeziehen. Wichtig ist eine Detoxikationsbehandlung (Aktivkohle), die bei entsprechender Indikation sofort durchgeführt werden muss. Wenn der Patient stark vigilanzgestört ist und eingeschränkte Schutzreflexe präsentiert, ist eine intensivmedizinische Überwachung obligat. Gleiches gilt bei instabilen Kreislaufverhältnissen. Ist der Patient zum Zeitpunkt der Vorstellung klinisch unauffällig, ist im Einzelfall in Abhängigkeit vom Ingestionszeitpunkt (Anflutung, Zeitpunkt der Maximalwirkung, Halbwertzeiten unter Beachtung der Nierenfunktion etc.) das weitere Vorgehen zu entscheiden. Nur wenige Intoxikationen entwickeln erst nach längerem Verlauf eine schwere Symptomatik (z.B. ein akutes Leberversagen) und sind deshalb auch bei noch unauffälliger Klinik intensiv-überwachungspflichtig (z.B. Paracetamol, Giftpilze). Sofortige Spiegelbestimmungen sind nicht immer sinnvoll, das Gewinnen von Asservaten selbstverständlich. Drogenscreenings können ggf. eingesetzt werden.

Häufig gibt es diskrepante Überlegungen zur Überwachung alkoholintoxikierter Patienten. Hier entscheidet nicht der absolute Alkoholspiegel, sondern klinisches Bild und Ingestionskinetik. Es gibt nicht wenige Patienten, die bei Alkoholspiegeln von deutlich mehr als 5 ‰ kooperativ sind (hier besteht eher die Gefahr einer akuten Entzugssymptomatik), während andere schon bei 1 ‰ tief komatös erscheinen. Hohe Alkoholspiegel lassen sich relativ schnell durch eine zügige Volumengabe einschließlich Glukoseangebot senken und bedürfen nur sehr selten einer intensivmedizinischen Intervention.

Viele Intoxikationen in suizidaler Absicht werden mit Antidepressiva realisiert, die potenziell die QT-Zeit verlängern können. Wenn der Patient keine auffälligen Symptome wie z.B. schwere Vigilanzstörungen aufzeigt, ist eine Gefährdung von dieser Seite ohne zusätzliche Risikofaktoren wie Hypokaliämie/Hypophosphatämie eher nicht zu erwarten. Erst eine QTc-Zeit von > 450 ms bei Männern und > 480 ms bei Frauen gilt als verlängert; Zeiten > 500 ms sind potenziell bedrohlich.

Eine Intoxikation durch Sedierung ist in der Regel gut beherrschbar, weil spezifische Antidote zur Verfügung stehen, die allerdings nur bei starker Somnolenz u./o. Reflexuntüchtigkeit zum Einsatz kommen sollten. Der Patient kann die Medikamentenwirkung meist „ausschlafen“. Er muss dafür zwar überwacht, aber nicht unbedingt auf die Intensivstation verlegt werden.

Wenn keine Intensivüberwachungs- oder -behandlungspflicht besteht, muss der Patient nicht zwangsläufig auf einer somatischen Station betreut werden. Vor allem bei Suizidalität ist eine Versorgung in der Psychiatrie indiziert.

Der „unklare“ Patient

In diese Kategorie fallen alle Patienten, die nicht den oberen 3 Gruppen zugeordnet werden können. Gerade deshalb droht eine klinische Unterversorgung, weil sich mitunter keine Fachdisziplin zuständig fühlt. Hier ist interdisziplinäres Handeln und Kommunikation (siehe oben!) erstes Gebot ärztlichen Handelns. In der Praxis kommt es leider immer wieder vor, dass diese Patienten nacheinander von den Kollegen der einzelnen Fachabteilungen eingeschätzt werden. Dadurch kann der Patient zum „Ping-Pong-Fall“ werden, was wertvolle Zeit verstreichen lässt. Das ist besonders fatal im Bereitschaftsdienst. Es ist immens wichtig, dass die beteiligten Kollegen nicht Argumente gegen eine Zuständigkeit für den „Fall“ austauschen, sondern gemeinsam am Bett entscheiden, wie weiter verfahren werden muss. Im Zweifelsfall sollten Sie immer darauf bestehen (auch gegenüber Ihren eigenen Hintergrunddiensten), dass Ihnen erfahrene Kollegen – und zwar nicht nur telefonisch – zur Seite stehen. Wenn vor Ort entschieden wird (und das sollte eigentlich selbstverständlich sein), muss der dienstälteste Kollege die Verantwortung übernehmen und das Procedere festlegen. Schematische Abläufe sind bei diesen Patienten nicht hilfreich.

Wer stellt die Indikation für eine Intensivüberwachung- u./o. -behandlung?

Ob ein Patient intensivmedizinisch versorgt werden muss, entscheidet letztendlich der diensthabende Intensivmediziner, der für diese Entscheidung die verantwortliche Fachkompetenz besitzt. Das gilt für alle 4 Patientengruppen.

Was bleibt zu tun, wenn der Patient tatsächlich durch die Intensivmediziner weiterversorgt wird?

In der Praxis erlebe ich es immer wieder, dass durch Kollegen verschiedenster Fachrichtungen nach Verlegung auf die Intensivstation zunächst das alte Prinzip „Aus den Augen, aus dem Sinn“ zur Anwendung kommt. Das ist ärgerlich und nicht im Sinne der Patienten. Natürlich besteht auch dann eine Mitbehandlungspflicht, und das nicht nur nach Konsilanforderung, sondern als Selbstverständlichkeit im Interesse einer effektiven kontinuierlichen und qualitativ hochwertigen interdisziplinären Versorgung.

Und last but not least: Wenn eine Intensivüberwachung u./o. -therapie nicht mehr notwendig ist, muss eine schnellstmögliche Weiterbehandlung auf der psychiatrischen Station organisiert werden, um das intensivmedizinische Bett nicht für nachkommende Notfälle zu blockieren.

Literaturempfehlung

Braun J, Preuss R (2012) Klinikleitfaden Intensivmedizin. Urban & Fischer München

Shem S (1996) House of God. Erstveröffentlichung 1978. Übersetzung von Heidrun Adler. G. Fischer Lübeck Stuttgart Jena Ulm

6. Die Kunst der Erwartungslosigkeit – Brief eines niedergelassenen Psychiaters an den psychiatrischen Assistenzarzt

Matthias Stieglitz

Vorbemerkung

„Arztbrief verkehrt: Was ein niedergelassener Arzt einem Krankenhausarzt sagen möchte" – so könnte der folgende Beitrag eines niedergelassenen Psychiaters an den jungen Assistenzarzt vielleicht auch lauten: Hier geht es uns darum, Sie zur Perspektivenverschränkung und zum Perspektivenwechsel anzuregen und sich an die Stelle eines in der Praxis tätigen Psychiaters zu versetzen. Was erwartet dieser von Ihnen in der Kommunikation zwischen Krankenhaus und Praxis? Was sind Anregungen, die Sie von einem erfahrenen Kollegen lernen können, der viele Jahre psychiatrische Praxis, auch als Klinikarzt, hinter sich hat?

Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege,

zunächst gratuliere ich Ihnen zu Ihrer ersten Assistenzarztstelle an einer psychiatrischen Klinik. Noch gut erinnere ich mich an meinen ersten Tag vor 25 Jahren. Der Bereichsleiter, ein väterlicher Kollege Anfang Sechzig, nahm sich den ganzen Vormittag Zeit, um mich durch alle Abteilungen zu führen. Damit hatte ich nicht gerechnet. Auch den Patienten begegnete er mit Respekt und Wertschätzung. Er setzte erste Maßstäbe.

Seit 15 Jahren arbeite ich als niedergelassener Psychiater und Psychotherapeut in Berlin. Zusätzlich habe ich eine analytische Ausbildung zum Gruppentherapeuten gemacht. Wenn es Ihnen Ihre Zeit erlaubt, würde ich Ihnen gern eine solche Ausbildung empfehlen. Als Psychiater haben Sie es immer wieder mit Gruppen

zu tun. *Die Weisheit der Gruppe ist größer als die Summe der Weisheit der Einzelnen.* So lautete der Kernsatz dieser Ausbildung. Genauso wichtig ist es jedoch, die destruktiven Anteile einer Gruppe zu erkennen. Sie befinden sich nun in der Gruppe der *Kliniker*, ich dagegen in der Gruppe der *Niedergelassenen*. In der Gruppentherapie gibt es den Begriff der *Großgruppe*; das können 50 oder auch schon einmal 100 Personen sein. Früher gab es die Trennung zwischen Klinikern und Niedergelassen. Man traf sich bei Fortbildungen, blieb aber mehr oder weniger in seinem Kreis. Bilden Kliniker und Niedergelassene nicht auch eine Großgruppe – aus der Sicht des Patienten allzumal? Ist der Patient nicht unser gemeinsamer Arbeitgeber? Was würde sich jeder von uns wünschen, wenn er die Rolle des Patienten übernehmen würde, fiktiv oder eines Tages real? Heute leistet die *Integrierte Versorgung* mit dem Ausbau eines sozial-psychiatrisch konzipierten Netzwerkes einen entscheidenden Beitrag zur besseren Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Psychiatrie.

Die wichtigste Schnittstelle zwischen Klinikern und Niedergelassenen bei der Behandlung unserer gemeinsamen Patienten ist die Entlassung. In meiner Zeit als Assistenzarzt habe ich erlebt, wie ein junger Patient Mitte Zwanzig innerhalb eines Jahres fünf Mal für jeweils sechs bis acht Wochen aufgenommen wurde. Heute sind die stationären Behandlungszeiten auch unter Kostenaspekten radikal gestutzt worden. Umso wichtiger ist es, die geplanten Schritte für die Zeit nach der Entlassung bereits während der stationären Behandlung ansatzweise umzusetzen, sei es das sog. *Hamburger Modell* (stufenweise berufliche Wiedereingliederung), sei es der Erstkontakt zu einer ambulanten Psychotherapie. Die Hemmschwelle eines Alkoholkranken, eine ambulante Selbsthilfegruppe aufzusuchen, ist meistens sehr hoch. Hier wäre der Erstkontakt während des Klinikaufenthaltes von großer Bedeutung. Nach der Entlassung lässt leider oft die Motivation nach, da sich das Leben vermeintlich normalisiert hat. So gesehen ist der Tag der Aufnahme der erste Tag der Entlassung. Trotz des Zeitdrucks, unter dem Sie stehen, ist bei allen Plänen die Einbeziehung des Patienten ein elementares therapeutisches Anliegen. Viele psychische Erkrankungen verbindet das Gefühl der Ohnmacht. Zu Spontaneität, Vitalität und Selbstermächtigung gelangt der Patient nur, wenn er als zentrale Person in die Planung und Umsetzung einbezogen wird. Mit dem Patienten suchen, nicht für den Patienten etwas finden, wie es der Pionier der Gemeindepsychiatrie, Klaus Dörner, auf den Punkt gebracht hat.

Dass ich im Zusammenhang mit der Entlassung auch den Entlassungsbericht erwähne, dürfte Sie nicht allzu sehr verwundern. Sehnsüchtig von uns Niedergelassenen erwartet, von den Assistenzärzten verflucht, weil die Bereichsleiterin schon wieder Druck macht. Die Hoffnung, diese Briefe während des Nachtdienstes zu schreiben, ist aus meiner Erfahrung trügerisch. Ein gutes Zeitmanagement ist auch für den Niedergelassenen bei überbordenden Anfragen von Krankenkassen, Rentenversicherungen und verschiedenen Ämtern geradezu lebensnotwendig. Deswegen: Früh übt sich! Während der Zeit als Assistenzarzt hatte ich meine beste Phase, als ich jeden Entlassungsbericht drei Tage vor Entlassung fertig stellte und als vorläufigen Entlassungsbrief dem Patienten mitgeben konnte. Wie wohl die meisten meiner Kollegen lese ich die Entlassungsberichte zumindest bei

Patienten, die ich kenne, von hinten. Oft reicht nicht die Zeit, den gesamten Brief Punkt für Punkt durchzugehen. Was mich am meisten interessiert, ist die Planung der nächsten therapeutischen Schritte, die Sie mit dem Patienten erarbeitet haben. Jeder Entlassungsbericht sollte dieses Thema prägnant, am besten in einer Checkliste, vermitteln.

In den letzten Wochen habe ich Freunde und Bekannte gefragt, was sie an meiner Stelle schreiben würden. *„Bleiben Sie neugierig!"* und *„Mach dir kein Bild von mir!"* lauteten zwei der Wünsche. Ist es nicht unsere vordringlichste Aufgabe, anhand der von dem Patienten geschilderten Beschwerden und den von uns wahrgenommenen Symptomen eine Diagnose zu stellen? Ist nicht die richtige Diagnose die unerlässliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie? Könnte sich hinter einer akuten Depression, mit der ein Patient notfallmäßig eingewiesen wurde, eine bipolare Störung verbergen? Der Patient berichtet von sich aus nicht von seinen manischen Phasen, weil er sie als Zeichen seiner Vitalität versteht. Sie, als junger Assistenzarzt, laufen möglicherweise Gefahr, nach Phasen erhöhten Rededrangs und gesteigerter Sexualität nicht zu fragen, weil es Ihnen bei der Erstanamnese – zu Recht – unangebracht und aufdringlich erscheint. Die meisten Patienten mit einer Schizophrenie leiden unter einem Wahn, aber nicht jeder Wahn ist Ausdruck einer Schizophrenie.

Wie soll ich eine Behandlung beginnen, ohne mir ein Bild von dem Patienten gemacht zu haben? Ist jede Diagnose nur eine vorläufige? Je dramatischer die Umstände einer Einweisung und je eindrucksvoller die Symptomatik eines Patienten sind, desto größer ist die Gefahr, dass wir die Fähigkeit und Freiheit verlieren, ihn uns als gesunden und lebenstüchtigen Menschen vorzustellen. Ein depressiver Patient ist ein Mensch *mit* einer Depression; er denkt depressiv – auf Zeit. Im Akutstadium verlieren die Patienten oft die Perspektive eines Lebens ohne ihre Erkrankung. Umso wichtiger ist, dass wir sie in unseren Köpfen lebendig halten. Robert Musil spricht in seinem Roman „Der Mann ohne Eigenschaften" vom „Möglichkeitssinn" und erläutert ihn wie folgt:

> *„So ließe sich der Möglichkeitssinn geradezu als die Fähigkeit definieren, alles, was ebenso gut sein könnte, zu denken und das, was ist, nicht wichtiger zu nehmen als das, was nicht ist."*

Diese Haltung könnte auch als *Kunst der Erwartungslosigkeit* bezeichnet werden: *Du heute, ich kenne dich nicht.* Unser Wissen über einen anderen Menschen ist immer Wissen von gestern. Es bleibt eine Annäherung, eine Hochrechnung unserer Erfahrung. Glauben Sie immer an die Veränderbarkeit des Menschen! Das hat mit Schönfärberei oder Blauäugigkeit nichts zu tun. Viele Patienten haben aufgrund von Gewalt und Demütigungen das Vertrauen in die Welt und in sich selbst verloren. Begegnen Sie diesen Menschen mit einem Vertrauensvorschuss! Wir sind die Verbündeten der Patienten, nicht ihre Richter. Auch wenn Ihr Vertrauen das eine oder andere Mal missbraucht wird, wechseln Sie nicht auf die vermeintlich sichere Seite des Misstrauens!

Wenn wir den Patienten die Kraft zur Veränderung absprechen, sperren wir sie in das Gefängnis negativer Erwartungen. Die Kunst der Erwartungslosigkeit

bedeutet aber: *Nichts – und alles erwarten!* Auf die Frage, wie er sich in den letzten Momenten vor einem Konzert auf die Aufführung vorbereite, gab der berühmte Dirigent Sergiu Celibidache in dem biographischen Film mit dem Untertitel „Magier und Tyrann" folgende Antwort. Er versuche, sich in einen Zustand zu versetzen, den er als *„die höchste Aktivität in der tiefsten Passivität"* charakterisierte. Die *Kunst der Erwartungslosigkeit* ist das Gegenteil von Desinteresse. Sie gleicht einem Bogen, auf dem der Pfeil gespannt wird, ohne dass seine Richtung bereits festgelegt ist. Diese therapeutische Haltung wirkt umso überzeugender, je mehr wir uns auch in den beruflichen Beziehungen und im privaten Bereich diesem Anspruch stellen. In meinem Gedicht *Morgentau* versuche ich zum Ausdruck zu bringen, wie weit die Erwartungslosigkeit Voraussetzung für die Entdeckung der Vielfalt eines anderen Menschen ist.

Rose

Und weckte ich dich jeden Tag
mit einer Rose, einzig zart,
so wäre sie den nächsten Tag
dieselbe nie in keiner Art.

Und schwiegen wir den ganzen Tag,
so wüssten wir bei Tagesend
ums gleiche Maß uns mehr vertraut,
wie auch einander wieder fremd.

Und schliefest du in meinem Arm,
auf einer Stirn der Morgentau,
so schenkte ich den ersten Kuss
wie damals einer fremden Frau.

Mit diesem Gedicht möchte ich nun den Brief schließen und wünsche Ihnen schnelles Einleben, Freude und Erfüllung an Ihrer neuen Wirkungsstätte.

In kollegialer Verbundenheit
Ihr Matthias Stieglitz

Entlassmanagement

Denken Sie daran, dass Ihr Entlassungsbrief von einem Adressaten gelesen werden soll – nicht zwingend ist das, was Sie wichtig finden, auch für diesen wichtig!

Schreiben Sie kurz, bündig und zeitnah: Am besten, Sie fassen am Ende Ihres Berichts Ihre Empfehlungen, wenn möglich nicht mehr als drei, in einer Merkbox zusammen!

Und nicht vergessen: Schreiben ist Silber, Telefonieren manchmal Gold. Rufen Sie den niedergelassenen Kollegen an, wenn Sie Fragen zur bisherigen Behandlung haben oder auch

wenn Sie wesentliche Veränderungen an seiner diagnostischen Einschätzung oder medikamentösen Behandlung vornehmen wollen.

Literaturempfehlung

Buber M (2009) Das dialogische Prinzip. 11. Aufl. Gütersloher Verlagshaus

Gibran K (2011) Der Prophet. 6. Aufl. Piper Verlag München (Erstveröffentlichung 1923). *Dies ist eine Literaturempfehlung für jeden Psychiater; das berühmte Kapitel „Von den Kindern" kann man fast 1:1 auf „Von den Patienten" übertragen.*

Greuèl M, Stieglitz M (2008) Einsatz gesundheitsökonomischer Evaluationsinstrumente im Rahmen Integrierter Versorgungsverträge in der Psychiatrie. In: Wagner K, Lenz I (Hrsg.) Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung 225–244. Kohlhammer Stuttgart

Dörner K (2003) Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. 2. Aufl. Schattauer Stuttgart

Dörner K, Plog U, Teller C, Wendt F (2013) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 22. Auflage. Psychiatrie-Verlag Köln

Musil R (2013) Der Mann ohne Eigenschaften. Anaconda Verlag Köln (Erstveröffentlichung 1930 [1. Band] und 1933 [2. Band] Rowohlt Berlin)

III. Das Gesundheitswesen – einige formale, rechtliche und sozialmedizinische Kontexte

1. Sektorenübergreifende Versorgung im Gesundheitswesen

Samuel Elstner und Claudia Wein

Viele junge Ärzte am Anfang ihres Berufslebens, aber auch erfahrene Ärzte nach Monaten oder Jahren ärztlicher Tätigkeit haben (immer noch) den Anspruch, eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. Hierzu gehört neben den eigenen Fähigkeiten auch ein gesundheitsförderndes und -erhaltendes System. In der Praxis erleben Sie als junger oder als erfahrener Arzt tagtäglich die Schnittstellenprobleme bei einer kontinuierlichen Patientenversorgung. Um dies besser verstehen zu können, müssen wir uns das Gerüst unseres Gesundheitssystems genauer ansehen.

Finanzierungsgerüst des deutschen Gesundheitssystems: Wer zahlt was?

Gesundheitsleistungen

Die finanzielle Basis, auf der das deutsche Gesundheitssystem fußt, findet sich in der Sozialgesetzgebung (s. Tab. 1).

Der deutsche Sozialstaat hat ein so umfangreiches soziales Sicherungsnetz, dass dafür nicht nur ein Gesetzbuch, sondern aktuell gleich 12 benötigt werden. Das Regelwerk, das die Gesundheitsversorgung, finanziert durch die gesetzlichen und

privaten Krankenkassen, regelt, ist im Wesentlichen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) zu finden. Darin sind Art und Umfang der Leistungen beschrieben, die Sie als Leistungserbringer und die Krankenkassen als Leistungs- bzw. Kostenträger zu erbringen haben.

Tab. 1 Medizinisch relevante Sozialgesetzbücher im Erwachsenenbereich

Sozialgesetzbuch	Thema
SGB V	**Krankenversicherung**: Leistungen, Beziehung zu den Leistungserbringern
SGB III	**Arbeitsförderung**: Leistungsbeschreibung zur Teilhabe am Arbeitsleben
SGB VII	**Unfallversicherung**: Reha, Weiterbehandlungen im Falle einer Zuständigkeit
SGB IX	**Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**: Rehaleistungen und weitere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und Arbeit
SGB XI	**Pflegeversicherung**: Leistungen, Organisation, Beziehung zu Leistungserbringern
SGB XII	**Sozialhilfe**: Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderungen

Innerhalb des SGB V ergibt sich bereits eine erste große Schnittstellenproblematik. Es erfolgt eine Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die ambulante Finanzierung erfolgt durch die Krankenkassen für den Bereich der niedergelassenen Ärzte über die jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen der einzelnen Bundesländer. Die Krankenhausfinanzierung wird direkt zwischen Krankenhaus und Krankenkasse abgewickelt. Die Krankenkassen erhalten aus den Versicherungsbeiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber ein Gesamtbudget, das sie unter anderem den zwei unterschiedlichen Budget-Töpfen „ambulante“ und „stationäre“ Versorgung zuweisen. Dadurch ergibt sich de facto das Problem, dass diese beiden Töpfe getrennt voneinander arbeiten und sich somit die Schnittstelle der Überführung eines Patienten vom ambulanten in den stationären Bereich und zurück nicht in der Theorie in diesem System abbilden lässt.

Bedeutung für die Praxis: Der verständliche Wunsch des Krankenhausarztes, bei Einweisung eines Patienten vom ambulanten einweisenden Arzt möglichst alle bereits vorliegenden Informationen in Form von aktuellen Untersuchungsbefunden, diagnostischen apparativen Ergebnissen, der bisherigen Krankengeschichte und der aktuellen Medikation mit der Dosierungsangabe mitgeliefert zu bekommen, ist zwar theoretisch im Sozialgesetzbuch vorgesehen, findet aber aufgrund mangelnder Berücksichtigung in der Struktur des Gesundheitswesens nicht oder nur ungenügend Umsetzung. Ebenso wird die stetige Kontaktaufnahme mit dem niedergelassenen Arzt vonseiten des Krankenhauses zur Abklä-

rung der Möglichkeit der Weiterführung von Medikationen oder anderen Therapien, die im Entlassungsbrief empfohlen werden, nicht gesondert berücksichtigt, sondern vorausgesetzt. Jedoch wird in der Realität, oftmals aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen, diese fließende Überleitung vom stationären zum ambulanten Bereich strukturell vernachlässigt. Ein Grund für diese Schnittstellenproblematik liegt sicherlich in der mangelnden „Aufwertung" dieses aufwändigen Prozesses durch entsprechende Entgeltanreize, zum anderen aber auch in der Trennung des ambulanten und stationären Sektors im Rahmen der Finanzierungsstruktur allgemein. Im Interesse einer guten Patientenversorgung sind Sie als Arzt gefordert, diese Schnittstelle möglichst lebendig zu halten. Das bedeutet:

- Nehmen Sie in Ihre Aufnahmeroutine immer nach dem Patientenaufnahmegespräch auch ein Telefonat mit dem einweisenden Art bzw. dem Hausarzt über Vorgeschichte, Einweisungsgrund, Befunde und aktuelle Medikation des Patienten auf. Fragen Sie bei dieser Gelegenheit auch gleich nach möglichen Behandlungsformen, die der ambulante Arzt auch weiterführen kann.
- Informieren Sie jedoch immer den Patienten vor diesem Telefonat, mit welchem Arzt Sie Kontakt aufnehmen wollen. Holen Sie sich das Einverständnis des Patienten ein und dokumentieren Sie dies zumindest schriftlich, am besten mit Unterschrift des Patienten.
- Führen Sie vor Etablierung einer Dauermedikation oder ambulant weiterzuführenden Behandlung grundsätzlich ein Telefonat mit dem weiterbehandelnden ambulanten Kollegen zur Abstimmung der Behandlungskontinuität.
- Versuchen Sie bei Entlassung den Entlassungsbrief bereits mitgeben zu können. Falls dies nicht gelingt, so sind wenigstens relevante Informationen, wie aktuell weiterzuführende Behandlungen (Medikation mit genauer Dosierung und Einnahmemodus, Physiotherapie, Wundversorgung, usw.), Diagnose(n) und Hinweise auf unmittelbar weiterzuführende diagnostische oder Kontroll-Untersuchungen zu benennen.

DiesePunkte gelten aus der Perspektive des Krankenhausarztes, lassen sich jedoch entsprechend für den niedergelassenen Arzt sozusagen „spiegelverkehrt" anwenden.

Scheuen Sie sich nicht, den ambulanten oder stationären Kollegen zu kontaktieren.

Versuchen Sie, die reale Schnittstellenlücke selbst zu schließen.

Die Weiterversorgung nach der Akutbehandlung

Anschlussheilbehandlung – Rehabilitation

Die Gesundheitsversorgung hörte jedoch nicht im Krankenhaus oder der Arztpraxis auf. Nicht selten kommt es vor, dass Patienten zwar nicht mehr akut behandlungsbedürftig sind, jedoch noch weitere ärztliche, therapeutische und pflegerische Fürsorge benötigen. Für diese Fälle wurde die gesundheitliche Versorgungsform der Rehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung etabliert. Erfolgt

diese aus gesundheitlichen Gründen, die in die Zuständigkeit der Krankenkasse fallen, so werden diese Leistungen auch im Sozialgesetzbuch V abgebildet. Jedoch trägt es zur Komplexität der Sache bei, dass auch die Rentenversicherungsträger, vor allem bei Patienten, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, in die Finanzierung dieser Leistungen eingebunden sind. Dies wiederum ist im Sozialgesetzbuch IX verankert.

Arbeitswelt – Unfallgeschehen – Versorgungswesen – Eingliederungshilfe – Pflege

Erweitert sich der Blickwinkel von der rein psychisch-somatischen Gesundheitsbetrachtung auf die Dimensionen Arbeitsfähigkeit oder auch Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, sind noch weitere Sozialgesetzbücher im Bereich der Unfalls- und Versorgungsgesetzgebung (SGB VII, IX und andere Gesetzestexte), der Arbeitssicherung und -förderung (SGB III), der Eingliederung psychisch Kranker oder behinderter Menschen (SGB XII) sowie dem großen Feld der Pflegeversorgung (SGB XI) mit zu berücksichtigen. In diesen Gesetzbüchern sind ebenso die entsprechenden Finanzierungsquellen geregelt, die je nach Sozialgesetzbuch durch Beiträge aus der Unfall-, Renten-, Arbeitslosen- bzw. Pflegeversicherung oder aus steuerlichen Mitteln gesichert werden. Diese verschiedenen Finanzierungstöpfe sind ebenfalls nur schwer vereinbar. Dadurch tut sich wiederum eine Reihe von Schnittstellenproblemen auf, die es zu kennen und zu bewältigen gilt.

Bedeutung für die Praxis

Bitte haben Sie als im Krankenhaus tätiger Arzt immer im Hinterkopf, dass die Gesundheit eines Menschen nicht nur mit der Behebung der akuten Befindlichkeitsstörung wiederhergestellt ist. Das soziale Bedingungsgefüge, in das Sie den Patienten entlassen, leistet einen wesentlichen Beitrag zur Genesung, Gesundheitserhaltung und Vorbeugung erneuter Gesundheitsgefahren. Dafür hat die Sozialgesetzgebung eine Fülle von Möglichkeiten geschaffen. Diese müssen Sie im Einzelnen zwar nicht kennen, aber deren Grundsatz sollte Ihnen bewusst sein. In den meisten medizinischen Abteilungen gibt es genau für solche Fragen einen Sozialdienst, der die richtigen Maßnahmen und Ansprechpartner in der Regel kennt.

Zusammenfassung

Lassen Sie sich die idealistische Vorstellung einer reibungslosen Patientenversorgung durch eine gelungene Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern im Gesundheitswesen durch das manchmal mühsame Alltagsgeschäft nicht nehmen. Die gesetzlichen Grundlagen für die Realisierung Ihrer Idealvorstellung sind vorhanden. Durch den notwendigen Zwang einer Schematisierung bei Verschriftlichung solcher Idealvorstellungen ergeben sich naturgemäß Einzelbereiche, die sich gegeneinander abgrenzen (müssen), wodurch sich die Gesetzgebung von ihrer eigentlichen Intentionen wieder etwas entfernt.

Die einzelnen Akteure im Gesundheitswesen sind jedoch zunehmend bestrebt, diese Schnittstellenprobleme zu verringern (Beispiele: Projekte der integrierten Versorgung, direkte Vertragsabschlüsse mit Leistungserbringern und vieles mehr).

Auch Sie als Arzt können hier einen guten Beitrag leisten, Ihrer Idealvorstellung nahezukommen. Dieser Beitrag besteht vor allen Dingen in der Kommunikation mit den anderen Leistungserbringern. Dies sind in

erster Linie niedergelassene Ärzte, Therapeuten und Kollegen. In zweiter Linie, aber durchaus ebenso wichtig, ist eine gute Kommunikation mit den Leistungsträgern, also Krankenkassen und anderen Institutionen bzw. Behörden ratsam. Hierbei gilt es jedoch, bestimmte juristische und administrative Regeln einzuhalten, wie zum Beispiel das Schweigepflichtgebot. Hausinterne Regelungen fragen Sie bitte bei Ihren Kollegen, Vorgesetzten oder Ihrer Verwaltung nach. Ziehen Sie bei allen sozialgesetzlichen Fragen, bei denen Sie sich unsicher sind, Ihren zuständigen Ansprechpartner des Sozialdienstes hinzu. Wir haben es im Laufe unserer ärztlichen Tätigkeit als hilfreich empfunden, den Sozialdienstmitarbeiter spätestens zur Mitte der Behandlung miteinzubeziehen, um gemeinsam Ideen für eine Optimierung der weiterführenden Versorgung zu entwickeln.

Literaturempfehlung

Diehl R, Gebauer E, Groner A (Hrsg.) (2012) Kursbuch Sozialmedizin. Deutscher Ärzteverlag Köln
Gostomzyk JG (Hrsg.) Angewandte Sozialmedizin. 24. Ergänzungslieferung. Ecomed Heidelberg

2. Hamburger Modell – Modelle der beruflichen Wiedereingliederung

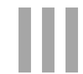
Claudia Wein

In der Klinik begegnen Ihnen sowohl bei Kolleginnen und Kollegen als auch bei Patienten und Patientinnen verschiedene Modelle der beruflichen Wiedereingliederung. Die Fragen, die sich ergeben, sind vielfältig.

Die sogenannte stufenweise Wiedereingliederung wird umgangssprachlich auch „Hamburger Modell" genannt. Oft wird diese Maßnahme nach einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit wegen Reha- oder Krankenhausbehandlung für die Zeit danach empfohlen und in der Epikrise vermerkt. Die berufliche Wiedereingliederung gehört zum betrieblichen Gesundheitswesen und ergibt sich aus einem rehabilitativen Ansatz.

Um nach längerer krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit den Wiedereinstieg zu bewältigen, wird ärztlich eine stufenweise Steigerung der arbeitstäglichen Belastung im zeitlichen Umfang und in den Arbeitsinhalten über Wochen oder Monate bis zur vollen Belastung festgelegt.

Das Wiedereingliederungsprogramm bzw. „Hamburger Modell" ist in Deutschland grundsätzlich nur für Mitglieder einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgesehen. Es ist in den Sozialgesetzbüchern (SGB) V in § 74 und im SGB IX in § 28 geregelt.



Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791)

§ 74 Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen.

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) (für den Fall behinderter oder konkret von Behinderung bedrohter Menschen)

Artikel 1 G. v. 19.06.2001 BGBl. I S. 1046; zuletzt geändert durch Artikel 3 G. v. 14.12.2012 BGBl. I S. 2598; Geltung ab 01.07.2001

§ 28 Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden.

Das „Hamburger Modell“ kann sowohl von Arbeitern und Angestellten als auch von Beamten in Anspruch genommen werden. Bei Beamten steht das Hamburger Modell teilweise als Maßnahme des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) zur Verfügung, wenn der Dienstherr dazu eine Regelung getroffen hat. Weitere Informationen zu Besonderheiten bei Beamten siehe Abschnitt „Besonderheiten bei Beamten“.

Die Zeit im „Hamburger Modell“ gilt bei Arbeitern und Angestellten als Krankheitszeit. Beamte gelten im Hamburger Modell grundsätzlich als dienstfähig Für den Teil ihres Dienstes, für den noch nicht die volle Dienstfähigkeit erreicht ist, gilt Dienstbefreiung.

Der Arbeitgeber muss dem Einsatz zustimmen. Das heißt, eine rechtliche Verpflichtung zur Durchführung des Hamburger Modells gibt es nicht.

Das Vorgehen

Der Arbeitnehmer stimmt mit seinem Arzt einen Eingliederungsplan (auch Stufenplan genannt) ab, der dem Genesungsfortschritt des Arbeitnehmers entspricht. Die ärztliche Bescheinigung muss den Wiedereingliederungsplan (wie viele Stunden am Tag, wie lange, Besonderheiten ...) und eine Prognose über den Zeitpunkt der zu erwartenden Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit enthalten. Es kommt jedoch auch vor, dass der Arzt noch keine Prognose abgeben möchte und hier: „Noch nicht absehbar“ oder „abhängig vom Verlauf der Wiedereingliederung“ etc. vermerkt. Die Arbeitsaufnahme kann so mit wenigen Stunden täglich beginnen und stufenweise bis zur vollen Arbeitszeit gesteigert werden. Die Dauer der Maßnahme liegt im Regelfall zwischen wenigen Wochen und mehre-

ren Monaten. Die Zustimmung von Arbeitgeber und Krankenkasse (bei Beamten ist die Zustimmung der Krankenkasse nicht notwendig, s. Abschn. „Besonderheiten bei Beamten“) ist vor Beginn der Maßnahme erforderlich.

Während der Maßnahme erhält der Arbeitnehmer weiterhin Krankengeld von seiner Krankenkasse bzw. Übergangsgeld von der Rentenversicherung. In wenigen Ausnahmefällen kann eine Wiedereingliederungsmaßnahme auch von einer gesetzlichen Unfallversicherung oder vom Arbeitsamt getragen werden. Darüber hinaus besteht jedoch kein weiterer Anspruch auf Vergütung.

Bei Beamten werden, im Gegensatz zu Arbeitern und Angestellten, die Dienstbezüge meist weiter in voller Höhe gezahlt. Das ergibt sich aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn und bedeutet, dass seitens der Krankenkasse keine Lohnersatzleistungen zu übernehmen sind.

Der Arbeitnehmer gilt während der Wiedereingliederungsmaßnahme weiterhin als arbeitsunfähig erkrankt. Damit kann in dieser Zeit auch kein Urlaub in Anspruch genommen werden.

Besonderheiten bei Beamten

Mitglieder einer Privaten Krankenversicherung (PKV) – und damit Beamte – können ein Vorgehen ähnlich dem „Hamburger Modell“ anstreben. Falls noch keine Regelung des Dienstherrn dazu vorliegt, müssen sich die Betroffenen individuell mit ihrer Krankenversicherung, dem behandelnden Arzt und dem Arbeitgeber einigen, um eine gesonderte Vereinbarung zwischen allen beteiligten Parteien zu treffen.

Beamte gelten in der Zeit, die sie im „Hamburger Modell“ verbringen, als (beschränkt) dienstfähig – mit allen Rechten und Pflichten (Urlaub, Dienstunfähigkeit wegen Krankheit usw.). Diese Auffassung ist jedoch nicht einheitlich geregelt. So gilt bei Bundesbeamten die Zeit während des „Hamburger Modells“ als Arbeitsunfähigkeit mit der Konsequenz, dass z.B. kein Erholungsurlaub gewährt wird. Im Einzelfall sollten Sie aktiv herausfinden, welche Vereinbarungen für Ihre Patienten gelten.

Der Arbeitgeber hat bei Arbeitern und Angestellten keinen Anspruch auf die Arbeitsleistung, während des „Hamburger Modells“. Bei Beamten hat der Dienstherr hingegen grundsätzlich vollen Anspruch auf die Arbeitsleistung des Beamten im entsprechenden Zeitrahmen.

Der Arbeitgeber

Der Arbeitgeber ist grundsätzlich nicht verpflichtet, mit dem Arbeitnehmer eine Vereinbarung zu schließen, die diesem die Wiedereingliederung ermöglicht. Er muss eine Ablehnung auch nicht begründen (Ausnahme gilt bei schwerbehinderten Arbeitnehmern, siehe hierzu: § 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB IX).

§ 81 Abs. 4 Satz 1 SGB IX

Die schwerbehinderten Menschen haben gegenüber ihren Arbeitgebern Anspruch auf

1. Beschäftigung, bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten und weiterentwickeln können,

2. bevorzugte Berücksichtigung bei innerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung zur Förderung ihres beruflichen Fortkommens,

3. Erleichterungen im zumutbaren Umfang zur Teilnahme an außerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung,

4. behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten einschließlich der Betriebsanlagen, Maschinen und Geräte sowie der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit, unter besonderer Berücksichtigung der Unfallgefahr,

5. Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen unter Berücksichtigung der Behinderung und ihrer Auswirkungen auf die Beschäftigung.

Allein die Rehabilitation ist Gegenstand der Vereinbarung.

Die Wiedereingliederungsmaßnahme kann von allen Vertragsseiten (Krankenkasse, Arzt, Betroffener, Arbeitgeber) abgebrochen werden. Nimmt der Betroffene an sieben Tagen aus gesundheitlichen Gründen (AU) nicht an der Maßnahme teil, so gilt diese als gescheitert. In Einzelfällen kann ein Fortbestand der Maßnahme über die 7-Tage-Regelung hinaus angestrebt werden, wenn Aussicht auf einen positiven Abschluss des „Hamburger Modells“ besteht.
In Tabelle 2 finden Sie eine Übersicht zur Anwendung des „Hamburger Modells“.

Tab. 2 Übersicht zur Anwendung des „Hamburger Modells“

Status der Erkrankten	GKV-versicherte Arbeitnehmer	PKV-versicherte Arbeitnehmer	Beamte	Selbständige
Zahlung Krankengeld oder Übergangsgeld	x	x, wenn im Versicherungsvertrag PKV vereinbart	Dienstbezüge in voller Höhe	x, wenn im Versicherungsvertrag PKV vereinbart
als krank eingestuft	x	x	gilt als (beschränkt) dienstfähig	x

Psychische Erkrankungen

Die Zunahme lang andauernder psychischer Erkrankungen hat dazu geführt, dass das „Hamburger Modell“ häufig zur Wiedereingliederung nach derartigen Erkrankungen verwendet wird.

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Eine wichtige Rolle spielt das Betriebliche Eingliederungsmanagement (kurz: BEM). Dieses wurde 2004 zum Schutz der Arbeitnehmer, die längere Zeit krank waren bzw. sind, eingeführt und schreibt vor, dass der Arbeitgeber einem Beschäftigten, der sechs Wochen lang arbeitsunfähig war – dauerhaft oder zusammengefasst über ein Jahr – die Teilnahme an einem Eingliederungsprozess anbieten muss.

Neufassung des § 84 Abs. 2 SGB IX

§ 84 Prävention

(2) Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.

Was ist der Hintergrund?

Die Gestaltung von Arbeitssystemen und damit auch der Umgang mit Arbeitssicherheit, betrieblicher Wiedereingliederung und betrieblichem Gesundheitsmanagement unterliegen jeweils einem Zeitgeist und schwanken zwischen Rationalisierungstendenzen und der verstärkten Berücksichtigung menschlicher Bedürfnisse. Dabei ist zu erwarten, dass aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels der Fokus weiter auf die „weichen Faktoren“ der Arbeitsgestaltung gelegt wird sowie auf den Ausbau des betrieblichen Gesundheitswesens.

Gesunde Mitarbeiter sind die besseren Mitarbeiter

Wichtig ist die Verhältnisprävention, also das systemische Herangehen an das Thema. Legt man den Fokus nicht auch auf das System und die Strukturen, sondern nur auf die Individuen, läuft man Gefahr, falsche Rückschlüsse zu ziehen. Eine einzelne Mitarbeiterin oder ein einzelner Mitarbeiter wird dann möglicherweise als einzelner „Problemfall“ identifiziert.

Vergessen werden darf nicht, dass Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen immer als soziale Individuen im betrieblichen Kontext stehen. Gemeinschaft gibt sozialen Halt. Diesen gilt es als Unternehmen zu stärken, um dadurch die seelischen Ressourcen der Beschäftigten zu schützen.

Es gibt bereits einige Unternehmen, die sich des Wertes ihrer Beschäftigten bewusst sind und auf betriebliche Gesundheitsförderung setzen: Gesunde Mitarbeiter sind – wirtschaftlich gesehen – die besseren Mitarbeiter.

Literaturempfehlung

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014) Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell). URL: http://www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Ausb_Arbeit/ArbPl_sichern/Wiedereingliedern/wiedereingliedern_node.html (abgerufen am 08.01.2015)

Senatsverwaltung für Inneres und Sport Berlin (2008) Rundschreiben I Nr. 11/2008 zur stufenweisen Eingliederung nach längerer Krankheit von Beamtinnen und Beamten (Hamburger Modell). URL: http://www.berlin.de/imperia/md/content/hvp/rundschreiben/rs04_2008/seninnsport_rundschreiben___hamburger_modell.pdf?start&ts=1208158046&file=seninnsport_rundschreiben___hamburger_modell.pdf (abgerufen am 18.02.2015)

Stiftung Warentest (2011) Hamburger Modell: In Stufen zurück in den Job. 29.12.2011. URL: https://www.test.de/Hamburger-Modell-In-Stufen-zurueck-in-den-Job-4316090-4316095/# (abgerufen am 08.01.2015)

3. Wohnformen

Samuel Elstner und Claudia Wein

Akut-Chronisch: Wie weiter?

Die ärztliche Ausbildung beschäftigt sich zum großen Teil mit der akuten Versorgung von Patienten – dies sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Bei akut auftretenden Erkrankungen, die nach Therapie vollständig ausheilen, ist der Gedanke, wie der Patient nach der Therapie lebt und seinen Alltag bestreitet, verständlicherweise nicht von übergeordneter Bedeutung.

Anders jedoch bei chronischen Erkrankungen, deren Heilung nicht sofort während der Akuttherapie oder überhaupt nicht erzielt werden kann. Natürlich ist es dann naheliegend, sich über die weitere medizinische und pflegerische Versorgung Gedanken zu machen. Dies ist auch bei den meisten Ärzten inzwischen zur Entlassungsroutine geworden. Fragen nach Weiterführung in eine Anschlussheilbehandlung, eine Reha-Maßnahme oder eine Kurzzeitpflege sowie auch Etablierung einer durch die Krankenkassen finanzierten zeitlich begrenzten Haushaltshilfe sind inzwischen nichts Ungewöhnliches und gehören zu einem qualitativ guten Entlassmanagement.

Was jedoch stärker vernachlässigt wird, ist die Frage, wie der Patient nach Wegfall dieser mittelfristig angesetzten Maßnahmen sein Leben bestreiten kann.

Hier sind die Fragen zu stellen, inwieweit der aktuelle Zustand über einen längeren Zeitraum bestehen bleibt und, falls dem so ist, ob sich dadurch Schwierigkeiten im Arbeitsleben oder bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ergeben. Den letzteren Bereich wollen wir in diesem Kapitel näher betrachten.



Wie weiterleben mit einer Restsymptomatik?

Zur Beurteilung der Frage nach der Teilhabefähigkeit am Leben in der Gesellschaft müssen Sie sich als Arzt der Überlegung stellen, inwieweit Ihr Patient fähig sein wird, auch in Zukunft – nach Ausschöpfung der kurz- und mittelfristigen therapeutischen Maßnahmen – sein Leben wie bisher fortführen zu können. Dazu ist es wichtig, sich zunächst einen Überblick über die aktuelle Lebenssituation, aus der der Patient kommt, zu verschaffen. Hierbei können die folgenden Fragen für Sie Hinweis gebend sein.

Wohnsituation

Lebt der Patient allein? Lebt der Patient mit einem Partner/einer Partnerin? Lebt der Patient mit mehreren Angehörigen zusammen? Lebt der Patient in einer Wohnung? In einem Haus? Wie viele Zimmer? Größe? Besteht eine Möglichkeit zum Rückzug?

Lebensunterhalt und Lebensführung

Wovon lebt der Patient? Welche Tätigkeiten übernimmt der Patient im Alltag (Einkaufen, Haushaltsführung, Körperhygiene, Selbstversorgung, Kultur, Soziales)? Was macht der Patient in seiner Freizeit? Welche Transportmittel benutzt der Patient? Hat der Patient bereits jetzt schon Hilfen?

All diese Fragen zielen auf den Unterstützungsbedarfs des einzelnen Menschen ab. Je nach Einschätzung ergibt sich daraus eine Empfehlung für die sich der Therapie anschließende Wohnform.

Wohnformen

Im Optimalfall kann der Patient *ohne Hilfe in einer eigenen Wohnung wohnen.* Hierbei sind jedoch Fragen wie Finanzierbarkeit, Freizeitgestaltungsmöglichkeiten sowie Möglichkeit der Benutzung von Transportmitteln und anderes zu überlegen.

Ist ein Patient nicht mehr in der Lage, einen Großteil des Tages allein auf sich gestellt in der eigenen Wohnung zu verbringen, so kann zum einen die Unterstützung durch *Wohnen in einem Familienverband ohne zusätzliche Betreuung* ausreichen. Natürlich kann je nach Bedarf und Unterstützungsnotwendigkeit eine professionelle Betreuung „dazu geschaltet“ werden.

Als stärker unterstützte, nächste Wohnformenstufe ist das *Wohnen in der eigenen Wohnung mit zusätzlicher professioneller Begleitung beziehungsweise Betreuung* anzusehen. Hierbei ist der zeitliche Aufwand variabel und kann sich von wenigen bis hin zu mehreren Stunden am Tag erstrecken. Patienten, die aufgrund des chronischen Restzustandes ihrer Erkrankung nach Ausschöpfung der Therapie in bestimmten Bereichen des alltäglichen Lebens auf Unterstützung in unterschiedlichem Ausmaß angewiesen sind, jedoch im Großen und Ganzen noch allein leben können, sind für diese Art der Wohnformen sehr gut geeignet.

Besteht kein soziales Netz bei größerem Hilfebedarf, so können sogenannte *„therapeutische Wohngemeinschaften“* diese Aufgabe übernehmen. Auch hier sind Betreuer vor Ort. Jedoch geben auch die anderen Mitbewohner in der Wohngemeinschaft einen Halt, stellen einen Anlaufpunkt zum interpersonellen Austausch

dar. Je nach Unterstützungsnotwendigkeit kann die Vor-Ort-Betreuung auch wenige bis mehrere Stunden betragen.

Ist auch in diesen therapeutischen Wohngemeinschaften der Unterstützungsbedarf so groß, dass für den Patienten Zeiten, in denen er auf sich allein gestellt ist, als nicht zumutbar eingeschätzt werden, gibt es *Wohngemeinschaften mit kontinuierlicher Betreuung* oder *Wohnheime*, die ein volltägiges Unterstützungsangebot aufrecht erhalten. Je nach eigenen Ressourcen kann diese Unterstützung von einem Betreuerteam für mehrere Bewohner und Bewohnerinnen erbracht werden, oder es besteht die Notwendigkeit einer Einzelfallbetreuung.

Tabelle 3 gibt eine grobe Orientierung für die ärztlichen Überlegungen der weiterführenden Wohnform.

Tab. 3 Schematische Darstellung der Wohnformen, je nach Umfeld und Betreuungsaufwand

Wohnform	Wohnumfeld	Hilfebedarf	zeitlicher Aufwand
eigene Wohnung/ Appartement	allein	kein relevanter	keiner
	mit Familie/Angehörigen	eventuell gegeben, jedoch durch bestehendes Umfeld auffangbar	Teilzeit
	allein oder mit Familie/Angehörigen und professionell betreut	gegeben, kann meist für eine gewisse Zeit allein sein	als Ergänzung zu den beiden vorherigen Betreuungsarten; Teilzeit bis Vollzeit
	allein oder mit Familie/Angehörigen und professionell betreut	gegeben, kann den Tag über nicht allein sein, ist dauerhaft beaufsichtigungspflichtig	als Ergänzung zu den beiden vorherigen Betreuungsarten; Teilzeit bis Vollzeit
Wohngemeinschaft	mit ebenfalls betroffenen Mitbewohnern	gegeben, kann aber für eine gewisse Zeit auch allein sein	Teilzeit
Wohngemeinschaft/ Wohnheim	mit ebenfalls betroffenen Mitbewohnern	gegeben, kann den Tag über nicht allein sein, ist dauerhaft beaufsichtigungspflichtig	Vollzeit

Beantragung und Finanzierung von Wohnformen

Zwei Bedingungen müssen dafür erfüllt sein:

Es muss der durch eine chronische somatische oder psychiatrische Erkrankung verursachte Bedarf festgestellt werden, und die Finanzierung der sog. Eingliederungshilfe muss vom Sozialamt zugesagt werden.

Die Eingliederungshilfe ist eine der Hilfearten der Sozialhilfe in Deutschland. Sie ist im Sozialgesetzbuch (SGB) XII geregelt:

- **Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch.** Vorschriften für die Sozialhilfe in Deutschland. Eingeführt durch das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 mit Wirkung zum 1. Januar 2005; löste das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) ab.

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wird im Sechsten Kapitel (§§ 53–60 SGB-XII) beschrieben.

§ 53 (SGB XII) Leistungsberechtigte und Aufgaben

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

(2) Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit nach den §§ 47 und 48 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.

(3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Leistungsberechtigt sind alle Personen, die dauerhaft körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind. Weite Bereiche der Eingliederungshilfe sind einkommens- und vermögensneutral. Das heißt, bei vielen Leistungen bleiben Einkommen und Vermögen des Bedürftigen unberücksichtigt.

Für Fragen des Wohnens verweist das SGB XII in § 54 auf das SGB IX § 55:

- **Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX)** – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2598) geändert worden ist.

Im Siebten Kapitel des SGB IX (§§ 55–59) werden die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beschrieben. Sie gehören zu den Leistungsarten des SGB IX.

§ 55 (SGB IX) Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

(1) Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und nach den Kapiteln 4 bis 6 nicht erbracht werden.

(2) Leistungen nach Absatz 1 sind insbesondere

…

5. Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,

6. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten
7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

Der Bedarf und die Hilfe- und Gesamtplanung werden in Berlin von den Fallmanagern der Sozialämter festgelegt.

Aus dem Handbuch für das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe nach SGB XII (Sozialämter) (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2014)

An die Feststellung der grundsätzlichen Leistungsberechtigung schließt sich die individuelle Bedarfsermittlung an, die in den Gesamtplan mündet. Der Begriff Bedarf ist nicht gesetzlich definiert. Die Begriffe Bedarf und Bedürfnis werden häufig synonym verwendet, obwohl das Bedürfnis einen subjektiven Mangel beschreibt, während der Bedarf eine beschaffungsbezogene, objektivierte Konkretisierung des Bedürfnisses darstellt (Haller, Bernd, Stichwort „Bedarf", in Deutscher Verein (Hrsg.) Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Auflage, 2007). Die Bedarfsermittlung beschreibt ein prozesshaftes Verfahren zur Erhebung welche Unterstützungsleistungen ein Mensch mit einer Behinderung in seiner jeweiligen Lebenssituation unter Berücksichtigung seiner individuellen Teilhabeziele braucht und in Anspruch nehmen will (Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, 2009).

Der Bedarf wird aufgrund von ärztlichen Gutachten oder Zeugnissen, fachpädagogischen Stellungnahmen und Sozialberichten ermittelt (Vgl. Nr. 4.2 der vorläufigen Empfehlungen zur Aufstellung und praktischen Anwendung des Gesamtplans nach § 58 SGB XII im Rahmen der Einzelfallsteuerung in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe [BAGüS], 2007), daneben auch mit Instrumenten, die auf wissenschaftlichen Methoden (in Berlin insbesondere z.Z. HMB-W, BBRP) basieren.

Die Bedarfsermittlung bedeutet noch keine rechtliche Festlegung eines Bedarfs im Sinne eines leistungsrechtlichen Anspruchs (Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, 2009).

Hilfe- und Gesamtplanung muss sich auf die Mobilisierung der Ressourcen des Menschen mit Behinderung fokussieren und nicht an seinen Defiziten orientieren. Dies bedeutet, dass sie zum Ziel haben muss, eigene Ressourcen des Menschen mit Behinderung (Selbsthilfe) und/oder seines sozialen Umfelds (Ehrenamt, Bürgerschaftliches Engagement, Nachbarschaft, Bürgerhilfe, Familienselbsthilfe) wahrzunehmen und nach Möglichkeit in die Hilfegestaltung einzubeziehen (aus den Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen).

Instrumente und Verfahren der Bedarfsermittlung und Hilfe- und Gesamtplanung sind so zu gestalten, dass für alle Beteiligten – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorschriften – und insbesondere für den Menschen mit Behinderung selbst, nachvollziehbar ist, auf welche Weise der Bedarf ermittelt wurde und welche Kriterien bei der Hilfe- und Gesamtplanung neben der Berücksichtigung seiner Ziele und Wünsche relevant sind.

Transparenz bedeutet, dass Informationen über Hintergrund, Ziele und Methoden (Untersuchungen, Erhebungen durch Fragebögen etc.) der jeweils verwendeten Instrumente und Verfahren der Bedarfsermittlung und Hilfe- und Gesamtplanung – flankiert durch eine entsprechende Beratung und Erläuterung – öffentlich verfügbar und diese in einer für die potenziellen Leistungsberechtigten verständlichen Form aufbereitet sind (aus den Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen).

Es muss also von den Behörden ein Gesamtplan erstellt werden.

§ 58 (SGB IX) Gesamtplan

(1) Der Träger der Sozialhilfe stellt so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Leistungen auf.



(2) Bei der Aufstellung des Gesamtplans und der Durchführung der Leistungen wirkt der Träger der Sozialhilfe mit dem behinderten Menschen und den sonst im Einzelfall Beteiligten, insbesondere mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt, dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, zusammen.

Die Ärzte und Sozialarbeiter der Gesundheitsämter spielen dabei eine wichtige Rolle.

§ 59 (SGB IX) Aufgaben des Gesundheitsamtes

Das Gesundheitsamt oder die durch Landesrecht bestimmte Stelle hat die Aufgabe,

1. behinderte Menschen oder Personensorgeberechtigte über die nach Art und Schwere der Behinderung geeigneten ärztlichen und sonstigen Leistungen der Eingliederungshilfe im Benehmen mit dem behandelnden Arzt auch während und nach der Durchführung von Heilmaßnahmen und Leistungen der Eingliederungshilfe zu beraten; die Beratung ist mit Zustimmung des behinderten Menschen oder des Personensorgeberechtigten im Benehmen mit den an der Durchführung der Leistungen der Eingliederungshilfe beteiligten Stellen oder Personen vorzunehmen. Steht der behinderte Mensch schon in ärztlicher Behandlung, setzt sich das Gesundheitsamt mit dem behandelnden Arzt in Verbindung. Bei der Beratung ist ein amtliches Merkblatt auszuhändigen. Für die Beratung sind im Benehmen mit den Landesärzten die erforderlichen Sprechtage durchzuführen,

2. mit Zustimmung des behinderten Menschen oder des Personensorgeberechtigten mit der gemeinsamen Servicestelle nach den §§ 22 und 23 des Neunten Buches den Rehabilitationsbedarf abzuklären und die für die Leistungen der Eingliederungshilfe notwendige Vorbereitung abzustimmen und

3. die Unterlagen auszuwerten und sie zur Planung der erforderlichen Einrichtungen und zur weiteren wissenschaftlichen Auswertung nach näherer Bestimmung der zuständigen obersten Landesbehörde weiterzuleiten. Bei der Weiterleitung der Unterlagen sind die Namen der behinderten Menschen und der Personensorgeberechtigten nicht anzugeben.

Steht der behinderte Mensch schon in ärztlicher Behandlung, setzt sich das Gesundheitsamt demnach mit dem behandelnden Arzt in Verbindung. Die örtlich zuständigen Gesundheitsbehörden stützen sich für ihre Begutachtung unter anderem auf die Beurteilung des behandelnden Arztes.

Aus diesem Grund ist es für Sie als dem klinisch behandelnden Arzt wichtig, beim Patienten nicht nur den Fokus auf die aktuellen Krankheitssymptome zu werfen, sondern den Blickwinkel dahingehend zu erweitern, welche Auswirkungen eventuell verbleibende Symptome auf die Funktions- und Teilhabefähigkeit des Betroffenen haben.

Ihre Einschätzung sollte aus den von Ihnen angefertigten klinischen Beurteilungen hervorgehen.

Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag für Ihre Patienten, den oben beschriebenen Bedarf adäquat feststellen zu können.

Literaturempfehlung

Aktion Mensch (2015) Stationäre Wohnformen. URL: http://www.familienratgeber.de/selbstbestimmt_leben/wohnen/stationaere_wohnformen.php (abgerufen am 08.01.2015)

Elwela (2015) Abgrenzung der verschiedenen Wohnformen für Menschen mit Behinderung. URL: http://www.trauminsel47drei.de/Abgrenzung_verschiedener_Wohnformen.pdf (abgerufen am 08.01.2015)

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014) Handbuch für das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe nach SGB XII (Sozialämter). URL: http://www.berlin.de/sen/soziales/themen/menschen-mit-behinderung/eingliederungshilfe/handbuch-fuer-das-fallmanagement/ (abgerufen am 02.02.2015)

4. Rechtliche Grundlagen

Torsten Kratz

Das Krankenhaus ist kein rechtsfreier Raum. Dies gilt ganz besonders für die psychiatrische Abteilung. Der Einstieg in die psychiatrische Ausbildung ist mit der Auseinandersetzung der rechtlichen Grundlagen verbunden, die für den Einsteiger durchaus komplex sind. Das folgende Kapitel soll hierzu etwas mehr Klarheit schaffen und geht deshalb nur auf die für den Einsteiger wichtigen rechtlichen Grundlagen (Einwilligungsfähigkeit, Unterbringung und Betreuungsrecht) ein.

Einwilligungsfähigkeit

Die Einwilligungsfähigkeit ist die Fähigkeit des Betroffenen, die Vor- und Nachteile einer Maßnahme der Personensorge abzuwägen und eine vernünftige Entscheidung darüber zu treffen. Voraussetzung hierfür sind Einsichts- und Steuerungsfähigkeit. Dabei ist zu beachten, dass die Einwilligungsfähigkeit eines Betroffenen für individuelle Situationen graduierbar ist. So kann z.B. eine 84-jährige Dame, die an einer mittelschweren Alzheimer-Demenz erkrankt ist, durchaus einwilligungsfähig in Bezug auf die Frage der Durchführung einer Blutentnahme sein. Möglicherweise ist sie das für die Durchführung einer ERCP jedoch nicht.

Wichtig ist, Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit (§ 104, BGB) voneinander zu unterscheiden. Die Einwilligungsfähigkeit ist etwas Anderes als Geschäftsfähigkeit. Unter Geschäftsfähigkeit versteht man die Fähigkeit, selbständig wirksame rechtliche Willenserklärungen abzugeben oder zu empfangen. Hierfür ist Voraussetzung die Bildung des freien Willens. Die Geschäftsfähigkeit wiederum ist nicht graduierbar.

Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit sind grundsätzlich verschiedene Sachverhalte. Im Rahmen des medizinischen Kontextes ist es wichtig, sich über die Einwilligungsfähigkeit des Patienten zu informieren.

Um die Einwilligungsfähigkeit zu prüfen, muss man sich vergewissern, ob der Betroffene über die Fähigkeit verfügt, einen Sachverhalt zu verstehen (Verständnis). Darüber hinaus sollte er in der Lage sein, die ihm gegebenen Informationen (z.B. mögliche Folgen und Risiken eines Eingriffs) in angemessener Weise zu verarbeiten (Verarbeitung). Der Betroffene sollte Behandlungsalternativen angemessen bewerten können (Bewertungsfähigkeit) und schlussendlich einen eigenen Willen auf der Grundlage von Verständnis, Bearbeitung und Bewertung finden und artikulieren können (Willensbildung).

Voraussetzung für Einwilligungsfähigkeit

- Verständnis: Fähigkeit, einen bestimmten Sachverhalt zu verstehen
- Verarbeitung: Fähigkeit, Informationen bezüglich Folge und Risiken zu verarbeiten
- Bewertung: Fähigkeit, Behandlungsalternativen angemessen zu bewerten
- Willensbildung: Fähigkeit, den freien Willen zu bilden

Liegt eine Betreuung für den Betroffenen vor, die den Bereich der Gesundheitssorge beinhaltet, schließt dies die Einwilligungsfähigkeit eines Patienten nicht aus. Im Gegenteil, der Betreuer ist gemäß § 1901, BGB, in seiner Entscheidung an den Willen des Betroffenen gebunden, dieser hat Willensvorrang, außer er liefe dem Wohle des Betreuten entgegen.

Der Betreuer entscheidet nur dann, wenn der Betroffene (sein Klient) nicht mehr in der Lage ist, den freien Willen zu bilden. Dann hat der Betreuer nach dem Betreuungsrecht die Aufgabe, Defizite bei der Abgabe von Willenserklärungen oder der Erledigung von Rechtsgeschäften zu kompensieren. Dabei muss immer geprüft werden, ob bereits eine Willensbekundung, z.B. im Sinne einer Patientenverfügung nach § 1901a BGB vorliegt.

Aufgabe des Betreuers ist es, Defizite bei der Abgabe von Willenserklärungen oder der Erledigung von Rechtsgeschäften zu kompensieren.

Wie sollte man praktisch vorgehen?

Das Überprüfen der Einwilligungsfähigkeit ist eine klassische ärztliche Tätigkeit. Sie setzt nicht die Tätigkeit im Fachgebiet Psychiatrie voraus – jeder Arzt kann die Einwilligungsfähigkeit prüfen und muss dies auch tun. Das wichtigste Instrument ist das ärztliche Gespräch. Zunächst muss eingeschätzt werden, in welchem Ausmaße kognitive Defizite vorliegen. Danach sollte der Patient über einen z.B. geplanten Eingriff ausführlich und mit Rücksicht auf möglicherweise vorliegende kognitive Defizite informiert werden. Sollten kognitive Defizite vorliegen, sollte das Gespräch in kurzen und prägnanten Sätzen und mit verschiedenen Umschreibungen durchgeführt werden. Damit könnten vorliegende Auffassungs-, Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Wortverständnisstörungen

kompensiert werden. Danach sollte der Patient gebeten werden, das Besprochene zu wiederholen. Damit kann die Verständnisfähigkeit eingeschätzt werden. Er sollte rekapitulieren, welche Risiken und möglichen Folgen mit dem Eingriff verbunden sind, sodass klar wird, ob der Betroffene in der Lage war, den Sachverhalt zu verarbeiten. Nach Vorstellung von Behandlungsalternativen wird der Patient gebeten, diese aus seiner Sicht zu kommentieren. Dies vermittelt einen Eindruck über die Bewertungsfähigkeit des Patienten.

Wenn die Fähigkeit zum Verständnis, zur Verarbeitung und zur Bewertung vorliegen, ist davon auszugehen, dass der Betroffene den freien Willen bestimmen kann. Dann ist der Betroffene einwilligungsfähig. Auch wenn eine Betreuung vorliegt, kann der Betroffene dann selbst entscheiden. Der Betreuer ist jedoch über die Maßnahme zu informieren. Ist der Betroffene nicht einwilligungsfähig, muss die Einwilligung, z.B. in den Eingriff, durch den Betreuer erfolgen. Der Betreuer ist dabei dem Wohl des Betroffenen und seinem mutmaßlichen Willen verpflichtet.

Unterbringung

Die Unterbringung eines Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus ist gesetzlich geregelt. Dabei gelten unterschiedliche gesetzliche Grundlagen dahingehend, ob eine Gefahrenabwehr erfolgen sollte oder eine Heilbehandlung im Mittelpunkt der Unterbringung steht.

Grundprinzip der Unterbringung eines Patienten in einer psychiatrischen Klinik gegen seinen Willen ist jedoch immer, dass eine psychiatrische Krankheit vorliegt, und dass durch diese Erkrankung akut und erheblich Gefahren für den Betroffenen (Eigengefährdung) oder für andere (Fremdgefährdung) bestehen.

Liegt überwiegend *Fremdgefährdung* vor, erfolgt eine Unterbringung des Kranken in Länderhoheit. Dabei halten die unterschiedlichen Bundesländer unterschiedliche gesetzliche Grundlagen vor (z.B. Gesetz für psychisch Kranke des Landes Berlin) vor. Die Unterbringung erfolgt in diesem Falle auf Antrag einer zuständigen Behörde (z.B. im Land Berlin der Sozialpsychiatrische Dienst). Die Behörde stellt einen Unterbringungsantrag beim zuständigen Vormundschaftsgericht. Der Richter gibt ein ärztliches Gutachten in Auftrag und hört den Betroffenen an, um einen richterlichen Beschluss zur Unterbringung zu fassen. Im Beschluss wird festgelegt, wo und wie lange der Betroffene untergebracht ist. Wichtig ist dabei zu beachten: Eine Unterbringung sieht per se keine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen und keine freiheitsentziehenden Maßnahmen vor. Nur in akuten Gefahrensituationen kann zur Gefahrenabwehr eine freiheitsentziehende Maßnahme (z.B. Fixierung) oder eine Zwangsbehandlung (medikamentöse Applikation z.B. über die Vene) erfolgen. Darüber hinaus müssen auch bei bestehender Unterbringung Zwangsmaßnahmen oder freiheitsentziehende Maßnahmen richterlich angeordnet werden.

Sollten die Unterbringungsgründe entfallen (z.B. weil keine Fremdgefährdung mehr vom Betroffenen ausgeht) muss eine Entlassung des Betroffenen aus der Unterbringung erfolgen. Dies ist dem zuständigen Gericht anzuzeigen.

Liegt überwiegend *Eigengefährdung* vor, erfolgt eine Unterbringung des Kranken nach dem Betreuungsgesetz. Voraussetzung ist, dass eine Betreuung oder eine Vollmacht in den Bereichen Gesundheitssorge/Aufenthaltsbestimmungsrecht vorliegen. Den Antrag zur Unterbringung nach Betreuungsrecht stellt der Betreuer/Bevollmächtigte beim zuständigen Vormundschaftsgericht. Der Vormundschaftsrichter erlässt nach Anhörung des Betroffenen und nach ärztlichem Gutachten einen Beschluss zur Unterbringung. Im Mittelpunkt der Unterbringung steht hier nicht primär die Gefahrenabwehr, sondern die Heilbehandlung des Betroffenen. Trotz dessen dürfen auch bei Unterbringung nach dem Betreuungsgesetz keine freiheitsentziehenden Maßnahmen oder Zwangsbehandlung des Betroffenen ohne ausdrückliche Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht erfolgen. Eine Ausnahme wiederum ist, wie auch bei Unterbringung bei Fremdgefährdung, eine akute Gefahrensituation (z.B. schwerer Erregungszustand).

Bei der Unterbringung ist es wichtig, sich darüber klar zu werden, ob eine Unterbringung wegen überwiegend Fremdgefährdung zum Schutz oder eine Unterbringung mit überwiegend Eigengefährdung zur Heilbehandlung notwendig ist.

Zusammenfassend ist bei einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung auf Antrag der Ordnungsbehörde nach dem Gesetz für psychisch Kranke der Länder zu verfahren. Der Betroffene muss krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sein, selbst eigenverantwortlich über seine Behandlung zu entscheiden, im Mittelpunkt steht überwiegend Fremdgefährdung. Die Unterbringung nach dem Betreuungsgesetz (§ 1901, BGB ff.) kommt dann zum Tragen, wenn die Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Klinik zur Heilbehandlung gegen den Willen des Betroffenen erfolgen muss. Der Antrag ist durch den Betreuer im Rahmen der Aufgabenkreise Aufenthaltsbestimmung/Gesundheitssorge mit vormundschaftlicher Genehmigung gestattet. Dies setzt eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit des Betroffenen voraus. Vermögensgefährdung oder die Gefährdung Anderer sind keine Begründung für eine Einweisung nach dem Betreuungsrecht. Die Behandlung des Betroffenen gegen den Willen kann nur für die Erkrankung, wegen derer die Unterbringung erfolgte, durchgeführt werden. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Die Beendigung der Unterbringung ist dem Vormundschaftsgericht anzuzeigen.

Die Unterbringung rechtfertigt nicht zwingend Zwangsbehandlung und freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. mechanische Vorrichtungen oder Zwangsmedikation). Wenn über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll, ist dies vormundschaftlich zu genehmigen. Regelmäßige ambulante Zwangsbehandlungen sind nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofs ohne Unterbringung nicht zulässig.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nach dem § 1906, BGB, geregelt. Diese sind nur so lange zulässig, wie sie für das Wohl des Betreuten erforderlich sind.

Voraussetzung ist, dass aufgrund einer psychischen Krankheit, einer geistigen oder seelischen Behinderung die Gefahr besteht, dass der Betreute sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt.

Wenn über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll, ist dies vormundschaftlich zu genehmigen.

Zwangsbehandlung

Die Zwangsbehandlung ist nur in extrem engen rechtlichen Rahmenbedingungen möglich. Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung ist eine richterliche Genehmigung. Auch hier bildet eine Ausnahme nur die akute und erhebliche Gefährdung des Betroffenen (akute Gefahrenabwehr). Hier darf auch im Sinne einer akuten Notfallsituation ohne richterliche Genehmigung gehandelt werden. Dies darf nur zur Abwendung eines erheblichen gesundheitlichen Schadens für den Betroffenen erfolgen.

Eine Zwangsbehandlung gegen den Willen des Betroffenen ist nur dann möglich, wenn eine Betreuung für die Bereiche Aufenthaltsbestimmung/Gesundheitssorge vorliegt, der Betreuer einen Antrag beim Vormundschaftsgericht zur Durchführung einer Zwangsbehandlung gestellt hat und eine richterliche Genehmigung erfolgt ist. Die richterliche Genehmigung einer Zwangsbehandlung setzt voraus, dass der Betroffene an einer psychischen Erkrankung leidet, wegen derer er die Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Es muss im Voraus versucht worden sein, ihn von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen, und die Zwangsmaßnahme muss zum Wohl des Betroffenen erforderlich sein, um einen drohenden *erheblichen* gesundheitlichen Schaden abzuwenden. Dieser erhebliche gesundheitliche Schaden kann durch keine andere zumutbare Maßnahme abgewendet werden und der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme muss die zur erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen.

Betreuung

Die Einrichtung einer Betreuung ist im Bürgerlichen Gesetzbuch ab § 1896 geregelt. Kann ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf Antrag oder von Amts wegen einen Betreuer. Die Betreuung darf dabei nicht gegen den freien Willen des Volljährigen bestellt werden (§ 1896, Abs. 1a, BGB). Die Betreuung darf nur für die Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die klassischen Aufgabenbereiche sind hierbei die Aufenthaltsbestimmung, die Gesundheitssorge, die Behördenangelegenheiten, die Wohnungsangelegenheiten, die finanziellen Angelegenheiten und die Postangelegenheiten. Dabei ist es wichtig, zu beachten, dass – auch wenn eine Betreuung vorliegt – diese nur zum Tragen kommt, wenn der Betroffene in der individuellen Situation den freien Willen nicht mehr bilden kann. Der Betreuer ist deswe-

gen kein Vormund, sondern eine Assistenz des Kranken, die dessen mutmaßlichen oder früher geäußerten freien Willen umsetzt. Eine Betreuung ist deshalb nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten durch einen Bevollmächtigten oder durch andere Hilfen besorgt werden können. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn eine Patientenverfügung (§ 1901a, BGB) vorliegt.

Die Einrichtung einer Betreuung erfolgt immer nur in den Aufgabenbereichen, für die der Patient aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung nicht mehr selbst sorgen kann. Die klassischen Aufgabenbereiche sind Aufenthaltsbestimmung, Gesundheitssorge, Behördenangelegenheiten, Wohnungsangelegenheiten, finanzielle Angelegenheiten und Postangelegenheiten.

Der Betreuer ist verpflichtet, die Angelegenheiten zum Wohl des Betreuten zu besorgen, den Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit diese dessen Wohl nicht zuwiderlaufen, und auf Vorbestellung der Betreuung geäußerte Wünsche einzugehen. Der Betreuer entscheidet im Sinne des Patienten, er ist sein Stellvertreter.

Der Betreuer hat dabei das Recht, wie der Betroffene selbst, über eine vorgeschlagene Behandlung zu entscheiden, wenn z.B. zwei verschiedene Medikamente vorgeschlagen werden oder der Arzt vorschlägt, eine höhere oder niedrigere Dosierung eines Medikamentes zu nutzen. Manche Entscheidungen muss der Betreuer durch das Amtsgericht im Nachhinein genehmigen lassen (z.B. Fixierung oder geschlossene Unterbringung).

Im Verfahren der Betreuung erfolgt eine Anregung der Betreuung beim Amtsgericht (Vormundschaftsgericht). Diese kann durch einen Arzt, durch einen Angehörigen, durch eine Institution oder jede andere juristische Person erfolgen. Es folgt dann eine Sachaufklärung durch das Gericht und eine Anhörung verschiedener Personen und Behörden. In der Regel gibt das Gericht ein fachärztliches Gutachten in Auftrag und hört den Betroffenen an. In Zweifelsfällen wird ein Rechtspfleger eingesetzt. Auf dieser Grundlage entscheidet der Vormundschaftsrichter über die Bestellung eines Betreuers und die Aufgabenbereiche des Betreuers. Der Betreuer erhält dann eine Bestellungsurkunde.

Verschiedene Verfügungen

Derzeit existieren verschiedene Verfügungen mit unterschiedlichen Hintergründen.

- **Die Patientenverfügung** ist eine Willenserklärung zur medizinischen Behandlung bzw. deren Verweigerung im Falle der Einwilligungsunfähigkeit. Der Betroffene legt also im Voraus fest, welche medizinischen Behandlungen er unter welchen Voraussetzungen wünscht oder eben nicht.
- **Die Vorsorgevollmacht** ermächtigt einen Dritten, an der Stelle des einwilligungsunfähigen Patienten zu entscheiden. In der Regel werden Angehörige bevollmächtigt.

- **Mit der Betreuungsverfügung** unterbreitet der Verfügende dem Vormundschaftsgericht einen Vorschlag für die Auswahl der Person des Betreuers. Dies bedeutet, dass man bereits zu gesunden Zeiten einen Vorschlag unterbreiten kann, wer im Falle der Einwilligungsunfähigkeit amtlicher Betreuer wird oder eben auch nicht.

Zur Vertiefung des Themas Patientenverfügung eignen sich Formulierungshilfen und Broschüren des Bundesjustizministeriums. Unter www.bjm.de finden sich zahlreiche Hinweise und Formulierungen sowie die Broschüre Patientenverfügung, die für den Einstieg in das komplexe Thema sehr geeignet sind.

Literaturempfehlung

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (2015) Webseite Psychiatrie.de URL: http://www.psychiatrie.de/bapk/rat/recht/unterbringung/ (abgerufen am 15.01.2015). *Die Homepage www.psychiatrie.de ist der Internetauftritt der Kooperationspartner „Aktion psychische Kranke", „Familie, Selbsthilfe, Psychiatrie", „Dachverband Gemeindepsychiatrie", „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie". Unter der Rubrik Psychiatrie Netz (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.) werden spezielle Rechtsfragen erörtert.*

5. Arzt und Polizei – zwei unbekannte Wesen?

Martin John

Polizei und Medizin, damit verbindet man häufig vorrangig die Verkehrsunfallaufnahme oder die Arbeit der Kommissare in diversen Krimiserien im Fernsehen. Der eine oder andere hat vielleicht schon den Kontakt in einer Verkehrskontrolle gehabt, das war es dann aber auch häufig. Der Berufsanfänger in der Medizin und der Polizist begegnen sich aber auch häufig auf den Rettungsstellen der Krankenhäuser und hier wird es dann kompliziert, denn das Handeln und viel wichtiger, das *Warum* so gehandelt und entschieden wird, bleibt oft ebenso verborgen wie die Zeit, das eigene Handeln zu erklären.

Arzt und Polizist sind niemals Gegner, sondern Verbündete!

Fallbeispiel: Randalierende Person auf der Rettungsstelle

So lautet häufig der Einsatzgrund, der über die Einsatzleitzentrale als Auftrag an die Einsatzwagen der Polizei herausgegeben wird. Das war auch schon alles, was den Kollegen häufig an Informationen zur Verfügung steht. In dem Wissen, dass ein derartiger Einsatz im Regelfall nicht ohne Not erfolgt, fahren auch regelmäßig mehrere Einsatzwagen zum Ort des Geschehens. Alkohol- und Drogenmissbrauch, aber auch schwere psychische Krisen sind häufig Ursache für Aggression und Gewalt gegen Sachen, Personen und sich selbst. In dieser Krise geraten Rettungssanitäter, Polizisten sowie Ärzte und Pfleger bei Erstkontakt in den Fokus von Gewalt. Professionelles Handeln bedeutet, rechtzeitig Symptome zu erkennen, die auf eine eskalierende Lage hindeuten. Es bedeutet auch, rechtzeitig zu erkennen, wann die eigenen Mittel ausgeschöpft sind und Sie auf Hilfe angewiesen sind. Nennen Sie es Selbstschutz – die Polizei spricht von Eigensicherung! Rufen Sie die Polizei rechtzeitig. Wenn Sie über die Alarmierung der Polizei

nachdenken, haben Sie schon die Entscheidung getroffen. Niemand muss für den Polizeieinsatz etwas bezahlen, sollte sich die Situation bis zum Eintreffen der Einsatzwagen wieder beruhigt haben. Rettungssanitäter von Feuerwehr oder anderen Hilfsorganisationen sind nicht befugt und geschult, unmittelbaren Zwang anzuwenden. Sie helfen im Notfall und genau dieser sollte nicht eintreten!

Bitten Sie die polizeilichen Einsatzkräfte auch bei stabilisierten Situationen zu bleiben, bis die Lage und der Verbleib des Patienten geklärt sind. Wenn dieser Bitte nicht nachgekommen werden kann, hat das einen Grund: Auch die Einsatzwagen der Polizei sind nur begrenzt verfügbar und in Abwägung der Einsatzanlässe kann einer Bitte nicht immer sofort entsprochen werden.

Verbleibt der Patient stationär, ist der Einsatz für die Polizei beendet. Häufig ist es aber auch so, dass eine stationäre Aufnahme nicht erforderlich ist und der Patient die Rettungsstelle nicht verlassen möchte. Wenn der Aufforderung, die Räumlichkeiten zu verlassen, nicht nachgekommen wird, unterstützt die Polizei die Durchsetzung des Hausrechts auch ggf. durch unmittelbaren Zwang.

Fallbeispiel: Verwahrung von alkoholisierten Menschen

Häufig werden Personen im hilflosen alkoholisierten Zustand in der Öffentlichkeit aufgefunden. Bei solchen Einsätzen wird parallel zum Rettungsdienst auch die Polizei mit alarmiert. Bei vorliegender Indikation erfolgt mit dem RTW die Zuführung zur Rettungsstelle – bei fehlender Indikation zum Polizeigewahrsam. Ein immer wiederkehrender Konfliktfall ist die Konstellation, wenn die Rettungsstelle den Patienten nach der Untersuchung entlässt und dieses auf der „Erste-Hilfe-Bescheinigung“ entsprechend bestätigt. Die Person kann dann nicht aufgrund der vermeintlichen Hilflosigkeit von der Polizei in Gewahrsam genommen werden. Grund ist, dass bei jeder nicht kurzfristigen Ingewahrsamnahme auf Grundlage des gesetzlich verankerten Richtervorbehaltes eben dieser angerufen und um Bestätigung der Ingewahrsamnahme ersucht wird. Dabei führt die Erste-Hilfe-Bescheinigung dazu, dass eine Ingewahrsamnahme nicht bestätigt wird. Sollte jedoch die Hilflosigkeit de facto weiter vorliegen, bedarf es der stationären Aufnahme dieser Menschen. Vor dem Hintergrund von knappen finanziellen und logistischen Ressourcen durchaus ein Konfliktfall. Hier kann nur z.B. die Störung der Abläufe der Rettungsstelle durch aktives Handeln des Patienten als Grund genannt werden, der zu einer möglichen Ingewahrsamnahme seitens der Polizei führt. Doch Achtung! Unwahre Behauptungen, Übertreibungen oder gezieltes Weglassen von Informationen können im Einzelfall strafrechtliche Konsequenzen haben.

Sprechen Sie miteinander! Binden Sie die Besatzung des Einsatzwagens der Polizei in die Entscheidungsfindung mit ein und finden Sie eine Lösung, die rechtlichen Prüfungen standhält und die im Sinne der Betroffenen ist.

Fallbeispiel: Der Umgang mit Patientendaten

Wenn Patienten, die durch die Polizei zugeführt wurden, stationär aufgenommen werden, ist an dieser Stelle der Einsatz für die Polizei beendet, legt man als Einsatzgrund die vorgenannte „randalierende Person“ auf der Rettungsstelle zugrunde. Erforderlich wird seitens der eingesetzten Polizisten die Feststellung der Personalien des Betroffenen, da mindestens ein sog. Tätigkeitsbericht angefertigt, ggf. aber auch ein Strafverfahren eingeleitet werden muss. Name, Vorname und Geburtsdatum sind dabei als personenbezogene Daten zunächst ausreichend, um den Grundvorgang zu erstellen. Diagnosen und medizinische Kurzgutachten sowie Erste-Hilfe-Berichte sind hilfreich, sie tangieren im Regelfall jedoch die ärztliche Schweigepflicht. In solchen Fällen, wo z.B. auch der Betroffene Geschädigter einer Straftat sein kann, ist es erfolgsversprechend und hilfreich, das mündliche Einverständnis des Betroffenen im Beisein aller Beteiligten einzuholen. Schriftliches Einverständnis ist gut, jedoch häufig nicht zu erlangen. Warum braucht die Polizei eine, wenn auch vorläufige Diagnose? Sie dient der Einschätzung der Verletzungsfolgen, der Erforschung der möglichen Ursache sowie der Prognose zu möglichen Folgen. Sie ist, um es auf den Punkt zu bringen, im Regelfall für die weiteren Ermittlungen unabdingbar erforderlich.

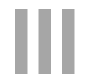
Schwierig gestalten sich auch Einsätze, die vorbereitet werden können und bereits stationär untergebrachte Patienten betreffen. Auch hier ist es mehr als hilfreich und auf Grundlage der einschlägigen Gesetze legitimiert, im Vorfeld die rudimentären Patientendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum) der Polizei zu übermitteln, damit diese Auskünfte aus dem Polizeilichen Informationssystem ziehen kann, um sich sachgerecht und im Hinblick auf Eigensicherungshinweise professionell vorzubereiten. Hier sollten sich Krankenhaus und Polizei ergänzen.

Fallbeispiel: Anwendung von Zwang

Ausschließlich die Polizei wendet unmittelbaren Zwang gegen Personen an. Das gilt im Grundsatz – führt aber in der praktischen Anwendung an der Praxis vorbei und endet in der konkreten medizinischen Behandlung von Menschen, die erkennbar keinen freien Willen mehr haben oder bei Personen, die sich z.B. aktiv gegen eine Blutentnahme durch einen approbierten Arzt zur Wehr setzen. Ist das Festhalten auf dem Behandlungstisch schon Zwang im Sinne des Gesetzes oder erst das aktive Brechen des Widerstandes mit massivem Krafteinsatz? Wo willigt der Patient noch durch konkludentes Handeln ein, womit ist er nicht mehr einverstanden? Erkennbar ist, Pfleger, Ärzte, Polizisten und Rettungssanitäter laufen auf einem schmalen Grat. Entscheidend ist die Betrachtung des Einzelfalls!

Eine randalierende Person auf der Rettungsstelle wird durch die Polizei ggf. mittels Einsatz von RMS (Rettungsmehrzweckstock) und RSG (Reizstoffsprühgerät) beruhigt und fixiert. Die Polizisten werden für die Ärzte und Pfleger tätig. Über die Art und den Umfang des Zwangs entscheidet aber immer der eingesetzte Polizeibeamte.

Die Blutentnahme beim alkoholisierten Kraftfahrzeugführer wird erst durchgeführt, wenn die Polizisten den Widerstand gebrochen und den Tatverdächtigen



beruhigt und fixiert haben. Auch hier entscheidet der Zwang ausübende Polizeibeamte, welche Art und Intensität von Zwang er anwendet.

Die Verweigerung der Tabletteneinnahme kann nicht zwangsweise durch die Polizei beendet werden (dies ist schon so vorgekommen).

Fazit

- Der Polizist oder die Polizistin, die mit Ihnen zusammen auf der Rettungsstelle in Aktion tritt, macht das nicht als Ihr Gegner, sondern als Partner.
- Entstandene Konflikte sollten niemals vor den Patienten und möglichst auf der Sachebene geführt werden. Ist das im konkreten Fall nicht möglich, holen Sie es zu einem späteren Zeitpunkt nach. Gemüter beruhigen sich auch durch Zeit. Vieles stellt sich im Nachgang anders dar als in der konkreten Situation.
- Nehmen Sie proaktiv und anlassunabhängig Kontakt zu Ihrem zuständigen Abschnitt oder Ihrer Polizeidienststelle auf. Wer sich kennt, geht auch anders miteinander um. Scheuen Sie sich nicht, im Rahmen einer internen Fortbildung um einen Vortrag durch die Polizei zu bitten. Wir haben unterschiedliche Aufgaben – voneinander Wissen heißt, den anderen zu verstehen. Sprechen Sie miteinander!

Literaturempfehlung

Schwind H-D (2007) Kriminologie: Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen. Kriminalistik-Verlag Heidelberg

Taschenbacher R (1992) Polizeidienstkunde – Leitfaden für Theorie und Praxis. Verlag Deutsche Polizeiliteratur GmbH VDP Hilden

6. Einführung in das Psych-Entgeltgesetz (PEPP)

Eric Hahn und Albert Diefenbacher

Die Vergütung der Leistungen psychiatrischer Kliniken und Abteilungen erlebt derzeit mit der Einführung des *Psych-Entgeltgesetzes* einen grundlegenden Wandel, der auch für Sie als in der Psychiatrie oder Psychosomatik tätige Ärzte eine nicht zu unterschätzende Bedeutung haben wird. Ein grundsätzliches Verständnis der Logik des neuen *Pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)* ist dabei von Beginn Ihrer Ausbildung und klinischen Arbeit an unabdingbar, da eine auf dieser Logik aufbauende konsistente, vollständige Dokumentation der relevanten Prozeduren und Diagnosen die Vorrausetzung für eine leistungsgerechte Vergütung darstellen wird. Auch wenn alle Berufsgruppen kodieren sollen, wird die entgeltrelevante Auflistung von Haupt- und Nebendiagnosen und der kodierten Prozeduren in der Verantwortung der behandelnden Ärzte liegen.

Das Kapitel erleichtert Ihnen den Einstieg in das mit Einführung des neuen Entgeltsystems notwendige ökonomische, aber klinisch relevante Denken und macht Sie mit den wichtigsten Begriffen und Kodierungsregeln vertraut. Da PEPP als ein „lernendes System" angelegt ist und Sie sich im Sinne eines „lebenslangen Lernens" an die jährlichen Veränderungen anpassen werden, lohnt sich Ihre frühe Investition in das Verständnis von PEPP besonders.

Hintergrund und gesetzlicher Rahmen

Seit 1991 rechnen Krankenhäuser die Behandlungen ihrer Patienten in der Psychiatrie nach Tagessätzen auf Grundlage der **Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)** ab. War der anhand der Psych-PV gesetzlich geregelte und von der Belegung abhängige Personalbedarf einer Klinik oder Station nicht erfüllt, konnte er bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen geltend gemacht werden, um höhere Budgets zu erzielen. Die verhandelten Tagessätze für stationäre oder teilstationäre Behandlungen waren dabei von der Liegedauer, aber auch von der psychiatri-

schen Diagnose weitgehend unabhängig. Der Erlös wurde aus der Multiplikation der Pflegetage mit dem Tagespflegesatz berechnet und konnte für Kliniken verschiedener Bundesländer sehr unterschiedlich sein.

2009 wurde entschieden, die Psych-PV durch ein leistungsorientiertes Vergütungssystem abzulösen, wobei als Abrechnungsgrundlage das in den somatischen Fächern bekannte *DRG-System (Diagnosis Related Groups)* als Vorbild dienen sollte. Allerdings zeigten sich die in den somatischen Fächern verwendeten Fallpauschalen als nicht geeignet, die Behandlung von psychisch Kranken abzubilden. Daher wurde entschieden, dass PEPP sich auf Tagespauschalen beziehen solle. Die Berechnungsgrundlage für die neuen Entgelte bilden dabei seit 2010 die Versorgungsdaten aus den Kliniken für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik. Eine Gruppe von sogenannten „Kalkulationshäusern“ kodieren ihre erbrachten Leistungen einschließlich der Gesamtkosten der Behandlung pro Patient und Tag, anhand eines speziellen *Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS)*, die vom *Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)* herausgegeben werden.

Anhand der Falldaten, den Liegezeiten und den zugehörigen OPS, die an das *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)* übermittelt werden, erfolgt die Kalkulation und Veröffentlichung von liegezeitabhängigen Vergütungsstufen nach gruppierungsrelevanten Diagnosegruppen.

Wichtige Begriffe

- **PEPP**: Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik
- **Psych-PV**: Psychiatrie-Personalverordnung (bisheriges Abrechnungssystem)
- **DRG**: Diagnosebezogene Fallgruppen
- **OPS**: Operation- und Prozedurenschlüssel (wird vom DIMDI herausgegeben)
- **DIMDI**: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
- **InEK**: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Was sind „PEPPs“ denn nun genau?

PEPP steht wie schon besprochen für Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik. Etwas verwirrend wird gleichzeitig auch von „PEPPs“ gesprochen, womit diagnoseorientierte Fallgruppen gemeint sind, die unterschiedliche Merkmale wie z.B. Diagnosegruppen, den Leistungsbereich, das Alter, die Betreuungsintensität und die Gesamtliegedauer zusammenfassen. Diese Zuordnungen zu den PEPPs entscheiden, welchen Erlösbetrag eine psychiatrische Abteilung für einen Behandlungsfall am Ende eines stationären Aufenthaltes bei den Krankenkassen bzw. Kostenträgern geltend machen wird. Aktuell sind im PEPP-Katalog 7 Prä-PEPPs; 14 PEPPs für die vollstationäre psychiatrische Behandlung, 7 PEPPs für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, 6 PEPPs für die psychosomatische Behandlung und 7 PEPPs für die tagesklinische Therapie aufgeführt. Um die Übersichtlichkeit zu bewahren, wird sich dieses Kapitel primär auf die Behandlung von Erwachsenen und die vollstationäre psychiatrische Behandlung beziehen.

Tabelle 4 gibt Ihnen zunächst eine Übersicht über die Diagnosegruppen als Grundlage der Basis-PEPPs für die Psychiatrie. Wie Sie erkennen werden, orientieren sich die meisten, aber nicht alle Diagnosegruppen an den psychiatrischen ICD-10 F-Kategorien. Die für die stationäre Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie relevantesten Gruppen sind fett markiert.

Tab. 4 Gruppierungsrelevante Diagnosegruppen (Basis-PEPP)

1	**Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen**
2	**Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**
3	**Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**
4	**Affektive Störungen**
5	Phobische, andere Angst- oder Zwangsstörungen
6	Somatoforme oder andere neurotische Störungen
7	Dissoziative Störungen
8	Sexuelle Funktionsstörungen oder Störungen der Geschlechtsidentität
9	Nichtorganische oder organische Schlafstörungen
10	Ess- oder Fütterstörungen
11	Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens
12	Reaktionen auf schwere Belastungen oder Störungen im Wochenbett
13	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
14	**Persönlichkeitsstörungen oder andauernde Persönlichkeitsänderungen**
15	**Organische Störungen, degenerative Krankheiten des Nervensystems**
16	zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel
17	andere psychosomatische Störungen
18	andere neuropsychiatrische Symptome

Wie werden PEPPs kodiert?

Die Kodierung von PEPPs erfolgt nach einen einfachen Muster und ist immer fünfstellig.

Die *ersten beiden* Stellen der PEPP-Bezeichnung beschreiben dabei die *Strukturkategorie*. Die 1. Stelle kann entweder mit *P = vollstationär* oder *T = teilstationär* kodiert werden. Die 2. Stelle kodiert, in welchem Bereich die Leistungen erbracht wurden. Es gibt hier nur 3 Möglichkeiten:

A = Allgemeinpsychiatrie; P = Psychosomatik; K = Kinder- und Jugendpsychiatrie. Falls Sie hier ein F vorfinden sollten, liegt eine *Fehler-PEPP* vor, beispielsweise falls keine PEPP-relevante ICD-10 Hauptdiagnose kodiert wurde.

Nach der sog. *Grouper-Logik* von PEPP sollte zunächst geklärt werden, ob ein Fall als voll- oder teilstationär einzuordnen ist. Bei vollstationären Fällen ist zudem

vorrangig entscheidend, ob die Kriterien für sogenannte *Prä-PEPPs* erfüllt sind, wobei *Prä-PEPPs die am höchsten bewerteten PEPPs darstellen*. Um die Prä-PEPP-Kriterien zu erreichen, wird ein hohes Maß an klinisch indizierter und gut dokumentierter 1:1-Betreuung (bis zu 300 Stunden während eines Aufenthaltes), oder die Erfüllung von mindestens 3 Intensivmerkmalen an 75% aller Behandlungstage gefordert. Diese Intensivmerkmale werden im OPS-Katalog aufgeführt und später ausführlicher dargestellt. *Prä-PEPPs*, die mit P0 („null") kodiert werden, *stellen die einzigen Strukturkategorien dar, die diagnoseunabhängig vergeben werden.*

Tabelle 5 stellt die möglichen Strukturkategorien zusammenfassend dar.

Tab. 5 Strukturkategorien

P0	Prä-PEPP, nur vollstationär
PA	Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär
PK	Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär
PP	Strukturkategorie Psychosomatik, vollstationär
TA	Strukturkategorie Psychiatrie, teilstationär
TK	Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär
TP	Strukturkategorie Psychosomatik, teilstationär
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP

Die *3. und 4. Stelle* ist in erster Linie *diagnoseabhängig*. So wird beispielsweise 03 für Schizophrenien oder wahnhafte Störungen oder 15 bei der Hauptdiagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ kodiert. Die *ersten vier Stellen* kodieren nach dieser PEPP-Notationslogik eine sogenannte *Basis-PEPP*, beispielsweise PA03 falls ein Patient mit der Hauptdiagnose Schizophrenie vollstationär in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt wurde.

Die *5. Stelle* gibt schließlich den Ressourcenverbrauch an, wobei je nach Basis-PEPP eine Differenzierung in bis zu 4 Stufen möglich ist, wobei *A = höchster; B = zweithöchster; C = dritthöchster; D = vierthöchster* und *Z = einen nicht weiter unterteilten Ressourcenverbrauch* bedeutet. Steht also an 5. Stelle ein A bedeutet auch dies eine hohe Vergütung des Aufwandes. Die Kodierung des Ressourcenverbrauchs ist dabei abhängig von sogenannten *Kostentrennern*.

Was sind wichtige Kostentrenner?

Nach Analyse der Daten, die von den Kalkulationshäusern an das InEK gesendet wurden, konnte insbesondere die Zuordnung zu verschiedenen Hauptdiagnosen die Kosten der einzelnen Behandlungsfälle mit ausreichender Trennschärfe unterscheiden. Das bedeutet, dass Patienten mit affektiven Störungen sich hinsichtlich der tatsächlich entstehenden Kosten von Patienten mit schizophrenen Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen unterscheiden.

Mit dem Begriff *Kostentrenner* werden demnach die Faktoren bezeichnet, die mit relevanten und nachgewiesenen *Kostenunterschieden im Vergleich zu anderen Behand-*

lungsfällen und Verläufen einhergehen. Neben der psychiatrischen Hauptdiagnose sind für Sie *wichtige Kostentrenner: das Alter, eine Reihe von komplizierenden somatischen und psychiatrischen Nebendiagnosen sowie Patienten, die eine sehr hohe Betreuungsintensität* benötigen oder die *Merkmale einer Intensivbehandlung* aufweisen. Dabei wird das Alter zumeist in 3 Stufen (64-; 65+; 84+ Jahre) unterteilt.

Während die Zuordnung der Hauptdiagnose nach der Basis-PEPP erfolgt ist, sollten Sie auch in Hinblick auf ihre wirtschaftliche Bedeutung auf eine *genaue Dokumentation von komplizierenden somatischen und psychiatrischen Nebendiagnosen* achten.

Tabelle 6 führt für Sie eine Auswahl von bei psychiatrischen Patienten häufig auftretenden komplizierenden somatischen Nebendiagnosen nach ICD-10 auf.

Tab. 6 Einige wichtige Nebendiagnosegruppen

A08	Virusbedingte Darminfektionen
A46	Erysipel
B18	Chronische Virushepatitis
B20-B24	HIV-Krankheit inkl. der Folgen
E10-E14	Diabetes mellitus
E51	Thiaminmangel [Vitamin-B1-Mangel]
E66	Adipositas
G20	Primäres Parkinson-Syndrom
G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
G40-G41	Epilepsie und Status epilepticus
I50	Herzinsuffizienz
J13-J18	Pneumonien
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
J45	Asthma bronchiale
JK25	Ulcus ventriculi
K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem
M54	Rückenschmerzen
N18	Chronische Nierenkrankheit
R11	Übelkeit und Erbrechen
R42	Schwindel und Taumel
R51	Kopfschmerz
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert
R55	Synkope und Kollaps



Was bedeuten die OPS-Codes?

Wie bereits kurz dargestellt, stellen neben dem Alter und komplizierenden Nebendiagnosen auch Behandlungsfälle mit sehr hoher Betreuungsintensität einen wichtigen Kostentrenner dar. Diese hohe Betreuungsintensität kann mit dem OPS-Code 9.61 (Intensivbehandlung) abgebildet werden, wobei für diese Patienten, wie bereits ausgeführt, entsprechende Prä-PEPPs eingerichtet wurden (P003A bis 3D und P004Z).

Vereinfacht werden durch die OPS-Codes durchgeführte Therapieeinheiten (TE) von zumeist 25 Minuten von verschiedenen Berufsgruppen abgebildet. Das DIMDI unterscheidet derzeit vier Berufsgruppen, wobei es von Bedeutung und zu kodieren ist, ob die Leistungen von der Gruppe 1 (Ärzte und Psychologen) oder Gruppe 2 (Spezialtherapeuten [Sozialarbeit, Ergotherapie, Physiotherapie, Musiktherapie] und Pflegefachkräfte) erbracht wurden. Zur weiteren Differenzierung der OPS wird entweder der Aufwand in Stunden pro Tag oder die Summe der Behandlungstage, an denen das entsprechende Merkmal vorlag, codiert. Unter die OPS fallen beispielsweise auch die Leistungen in einem besonderen Setting, komplexe Entlassungsplanungen oder eine qualifizierte Entzugsbehandlung.

Die OPS sollen dabei von dem jeweiligen verantwortlichen Leistungserbringer kodiert werden, wobei als Faustformel gilt:

Berufsgruppe + Summe der Therapieeinheiten + Maßnahmen = OPS

Die Tabelle 7 stellt die derzeit wichtigen OPS-Codes in der Erwachsenenpsychiatrie dar.

Tab. 7 OPS-Codes und OPS-Merkmale in der Erwachsenenpsychiatrie

9–60*	**Regelbehandlung** mit bis zu 2 TE/Woche
9–61*	**Intensivmerkmale** (Graduierung: 1–2; 3–4; 5+) sind vorhanden (1. besondere Sicherungsmaßnahmen; 2. akute Suizidalität oder schweres selbstschädigendes Verhalten; 3. akute Fremdgefährdung; 4. schwere Antriebsstörung; 5. keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme; 6. akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung; 7. Entzugsbehandlung mit Vitalgefährdung)
9–62*	**Psychotherapeutische Komplexbehandlung** (es sind mind. 3 TE/Woche vorhanden, aber keine Intensivmerkmale)
9–640.*	**Erhöhter Betreuungsaufwand** entweder als **1:1-Betreuung** oder als Kleinstgruppe bis 3 Personen (Tagesbezug; akute Fremd- oder Selbstgefährdung)
9–641.*	**Krisenintervention** (vordringliche, ungeplante, einzeltherapeutische Kontakte außerhalb des vorgegebenen Therapieplans; tägliche ärztliche Befunderhebung notwendig)

9-642	**Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung** (eine akute oder chronische somatische Erkrankung, die einen erhöhten Aufwand verursacht, muss vorliegen; Strukturmerkmale wie Mitbehandlung durch andere Fachärzte, Intensivstation usw. müssen erfüllt sein)
9-643.*	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting **(Mutter/Vater-Kind-Setting)**
9-644.*	Erbringung von **Behandlungsmaßnahmen im stationsersetzenden Umfeld** (Home-treatment) oder als halbtägige tagesklinische Behandlung
9-645.*	**Komplexer Entlassungsaufwand** (u.a. Diagnostik des Funktionsniveaus und Versorgungsbedarfs, Erstellung und Überprüfung eines Entlassungsplanes; durch mindestens 2 Berufsgruppen erbrachte Leistung)
9-646.*	Erhöhter Aufwand bei **psychosozialer Notlage** (Klärung und Regelung einer gravierenden finanziellen Notlage; einer unmittelbar drohenden oder eingetretenen Erwerbslosigkeit; der Wohnsituation bei drohender Obdachlosigkeit oder der Weiterversorgung abhängiger Angehöriger)
9-700.*	**Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung** Abhängigkeitskranker (mindestens 7 Tage, einzelne Tage sind auch addierbar, 3 Therapieelemente in 7 Tagen, keine Intensivmerkmale vorhanden)

Anwendung der PEPP-Notierung

Da Sie nun gesehen haben, wie die Notierung von PEPPs mit dem fünfstelligen System aufgebaut ist, wird es Ihnen leichtfallen, die in der Erwachsenenpsychiatrie gebräuchlichen PEPPs zu lesen.

In der Tabelle 8 werden die wichtigsten PEPPs der Erwachsenenpsychiatrie aufgeführt, wobei wir uns der Übersichtlichkeit halber auf die zwei jeweils höchsten Aufwandsstufen (A und B) beschränken:

Tab. 8 Wichtige PEPPs in der Erwachsenenpsychiatrie

P003A	Prä-Strukturkategorie (Prä-PEPP); erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit äußerst hohem Aufwand
P003B	1:1-Betreuung mit sehr hohem Aufwand
P004Z	Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Intensivmerkmalen, mit sehr hohem Anteil
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, mit komplizierender Konstellation
PA01B	wie PA01A; jedoch ohne komplizierende Konstellation
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit Heroinkonsum oder intravenösem Gebrauch sonstiger Substanzen
PA02B	ohne i.v. Gebrauch, jedoch mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting
PA03A	Schizophrenie, oder verwandte Störung, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting

PA03B	Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 89 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre
PA04B	Alter < 90 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit komplizierender Diagnose oder Alter > 64 Jahre
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität
PA14B	Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
PA15A	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder mit hohem Anteil Intensivbehandlung oder mit erhöhter Therapieintensität
PA15B	mit bestimmten Demenzerkrankungen oder mit komplizierender Diagnose oder Alter > 84 Jahre oder mit erhöhtem Anteil Intensivbehandlung

Reaktionen auf die Kritik vor der verpflichtenden Einführung von PEPP

Ab 2013 konnten Kliniken das neue PEPP optional übend anwenden, wobei sich etwa 15% aller Kliniken dazu entschieden haben. Ein Hauptkritikpunkt an PEPP war, dass es durch vorzeitige Entlassungen zu einer Verschlechterung der Versorgung insbesondere von schweren psychischen Störungen kommen könnte. Hintergrund dieser Befürchtungen ist, dass vom InEK der Ressourcenverbrauch im Laufe der stationären Behandlungstage eines Patienten degressiv kalkuliert wurde. Es wird also angenommen, dass die Kosten für einen stationären Patienten im Behandlungsverlauf immer mehr abnehmen sollten. Das tagesbezogene Entgelt, dass sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelationen der PEPPs (Faktor 3,5 bis Faktor 0,7) mit einem Basisentgeltwert (z.B. 250 Euro) ergibt, würde also bei einer abgestuften Degression der Bewertungsrelationen immer weiter abnehmen.

Nach einer massiven Kritik vor der verpflichtenden Einführung des PEPP ab 2015 sowohl durch Patientenverbände und Fachgesellschaften gleichermaßen (u.a. wurde eine noch mangelnde Differenzierung, nicht ausreichende Abbildung der klinischen Realität und Zeitmangel beim Aufbau der notwendigen IT-Maßnahmen kritisiert) wurde die verpflichtende Erprobungsphase von 2015 auf 2017 verschoben.

Zudem wurde das InEK beauftragt, zu analysieren, inwiefern alternativ eine tagesbasierte Berechnung ohne Degression die Anreize für zu frühe oder auch zu späte Entlassungen verhindern kann. Diese von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) vorgeschlagene alternative Kalkulation eines *Tagesbezogenen Entgelts für Psychiatrie und Psychosomatik (TEPP)* sollte unabhängiger von Diagnosen sich eher an einer tatsächlichen tagesbezogenen Abstufung der psychiatrischen, somatischen und psychosozialen Leistungen orientieren.

Schlussbemerkung

Nach aktueller Gesetzgebung wird die Teilnahme am PEPP-System für alle Krankenhäuser ab 2017 verpflichtend werden. Dann beginnt eine fünfjährige Konvergenzphase, in der die Durchschnittsvergütungen (Basisentgelte) eines Krankenhauses schrittweise an ein landesweites Niveau angepasst werden sollen. Voraussichtlich ab 2022 wird ein für alle voll- und teilstationären Leistungen und für die entsprechenden Vergütungsstufen bundeseinheitliches Festpreissystem der Basis-Entgeltwerte gelten. Schlussendlich werden diejenigen Kliniken und psychiatrischen Abteilungen diese Herausforderung meistern, die sich frühzeitig auf ein neues Entgeltsystem vorbereitet haben. Diese Vorbereitung hängt entscheidend von Ihnen als in den Kliniken tätige Ärzte ab, sodass wir hoffen, dass Ihnen dieses Kapitel geholfen hat, mit den „Spielregeln“ des PEPP auf allen Ebenen vertrauter zu sein.

Literaturempfehlung

MHH Medizinische Hochschule Hannover (2015) Psychiatrie-Entgelt. URL: http://www.psychiatrie-entgelt.de/ (abgerufen am 20.01.2015). *Da PEPP als lernendes System angelegt ist, das zumindest jährlich auf Grundlage der Daten aller beteiligten Kliniken angepasst und aktualisiert werden wird, empfehlen wir Ihnen am ehesten, die zukünftigen Veränderungen im Internet zu verfolgen.*

IV. Der klinische Blick – klinische Basisfertigkeiten und darüber hinaus

1. Der neurologische Befund

Bernd Vorderwülbecke und Albert Diefenbacher

Jeder Patient mit psychiatrischen Symptomen muss neurologisch untersucht werden, denn zum einen haben Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen häufig auch neurologische Erkrankungen, zum anderen verursachen in der Psychiatrie eingesetzte Medikamente relevante neurologische Nebenwirkungen. Vor allem aber können psychiatrisch anmutende Symptome auf fokale oder diffuse Hirnschädigungen zurückgehen – daher muss die psychiatrische Differenzialdiagnostik immer organische Krankheitsentitäten berücksichtigen.

Durch präzise Anamnese und aufmerksame körperliche Untersuchung können Sie fast alle nötigen Informationen erhalten, um anschließend – ggf. mit neurologisch-fachärztlicher Hilfe – ein Syndrom (Läsionsort) benennen und eine Verdachtsdiagnose (Ätiologie) stellen zu können. Ihre Aufgabe ist es, erstens zwischen „normal" und „auffällig" zu unterscheiden und zweitens die Dringlichkeit von Diagnostik und Behandlung festzulegen. Dieses Kapitel soll Ihnen die neurologische Untersuchung zu strukturieren helfen und einige spezielle Hinweise zur Anamnese und zu neurologischen Notfällen geben.

Vorab: Eine präzise Anamnese ist unverzichtbar!

Ihr jeweiliger Patient soll seine Beschwerden möglichst exakt schildern. Neben *Charakter, Intensität und Lokalisation der Beschwerden sowie Risikofaktoren* liefern Ihnen Angaben zur *zeitlichen* Dynamik wertvolle Hinweise auf die Pathogenese: langsam zunehmende Beschwerden deuten auf einen Tumor hin, ein schlagartiger Symptombeginn hingegen auf Verschluss oder Ruptur eines Blutgefäßes. – In der Do-

kumentation der Anamnese sollten Sie die Wortwahl des Patienten aufgreifen und auf kategorisierende Fachausdrücke verzichten.

Beschwerde „Schwindel“

Sowohl ein vestibuläres Syndrom als auch eine Gangataxie oder eine Präsynkope können von Patienten als Schwindel beschrieben werden. Folgende Aspekte helfen bei der Zuordnung: Qualität (z.B. Bewegungsillusion wie Drehen oder Fallen? Gefühl der drohenden Ohnmacht?), Dauer, Auslöser (z.B. Bewegungen, Aufrichten) und Begleitsymptome (z.B. Übelkeit, Hörstörung, Scheinbewegungen der Umwelt).

Beschwerde „Anfall“

Der Schlüssel zur Einordnung ist eine exakte fremdanamnestische Beschreibung. Die drei wichtigsten Differenzialdiagnosen sind

- **generalisiert tonisch-klonischer epileptischer Anfall** (Bewusstlosigkeit für wenige Minuten; Augen offen bzw. verdreht; Tonuserhöhung und Myoklonien; Einnässen, seitlicher Zungenbiss; anschließend Schlaf bzw. Verwirrtheit für Minuten bis Stunden),
- **Synkope** (Bewusstlosigkeit für einige Sekunden; ausgelöst z.B. durch rasches Aufstehen; möglicherweise Myoklonien, Einnässen oder Zungenbiss; rasche Reorientierung) und
- **psychogener Anfall** (variable Dauer; variable klinische Ausprägung; Ablenkbarkeit; Augen geschlossen; Rumpfüberstreckung; keine Beeinflussbarkeit durch Antikonvulsiva).

Gliederung der neurologischen Untersuchung

Untersuchungsbefund: Bewusstsein

Das quantitative Bewusstsein wird in „wach“, „somnolent“ (schläfrig), „soporös“ (schlafend, durch Schmerzreiz erweckbar) und „komatös“ (nicht erweckbar) eingeteilt.

Ausdrücklich nicht in diese Aufzählung gehört der „Stupor“, eine z.B. depressiv oder kataton bedingte Bewegungsverarmung bei erhaltenem Bewusstsein.

Zur Graduierung einer quantitativen Bewusstseinsstörung wird die **Glasgow Coma Scale** (GCS; s. Tab. 9) verwendet; bei weniger als 8 Punkten ist wegen fehlender Schutzreflexe eine Intubation dringend zu erwägen.

Die GCS ist teilweise sprachbasiert, daher fällt die Punktzahl bei aphasischen oder anderweitig nicht-kommunikativen Patienten falsch niedrig aus.

Tab. 9 Glasgow Coma Scale

Punkte	Augenöffnen	verbale Kommunikation	motorische Reaktion
1	kein	keine	keine
2	nach Schmerzreiz	unverständliche Laute	Strecksynergismen nach Schmerzreiz
3	nach Aufforderung	unzusammenhängende Worte	Beugesynergismen nach Schmerzreiz
4	spontan	konversationsfähig, desorientiert	ungezielte Abwehr nach Schmerzreiz
5	-	konversationsfähig, orientiert	gezielte Abwehr nach Schmerzreiz
6	-	-	nach Aufforderung

Bei quantitativ bewusstseinsgestörten Patienten beobachten Sie die Reaktion auf **Schmerzreize** stammnah an Brustbein oder Nasenseptum und vergleichend distal an den Extremitäten per Kompression von Finger- bzw. Zehennagel. Prüfen Sie zudem Muskeltonus, Reflexe und Babinski-Zeichen. Die Hirnstammfunktion bewusstseinsgestörter Patienten beurteilen Sie anhand der **Hirnstammreflexe**: Pupillomotorik (Mittelhirn), vestibulo-okulärer Reflex (Mittelhirn und Pons), Kornealreflex (Pons) und Würgereflex (Medulla oblongata; cave: Aspirationsgefahr!).

Beurteilen Sie immer alles im Seitenvergleich! Asymmetrische Befunde weisen auf asymmetrische Läsionen hin.

Neuropsychologie

Bei Hinweisen auf ein neuropsychologisches Defizit prüfen Sie

- **Orientierung** (zu Zeit, Ort, Person und Situation),
- **Konzentration** (z.B. indem Sie von 100 seriell 7 subtrahieren lassen),
- **Aufmerksamkeit** (Sie lassen drei Begriffe nachsprechen) und
- **Merkfähigkeit** (Sie fragen einige Minuten später erneut nach den Begriffen).

Um eine Aphasie (= Sprachstörung) aufzudecken, lassen Sie sich Gegenstände benennen, einen kurzen Satz nachsprechen und Ereignisse beschreiben. Dabei achten Sie auf mögliche phonematische („Afpel“ statt „Apfel“) oder semantische Paraphasien („Mütze“ statt „Handschuh“).

Nach Störungen des Sprachverständnisses oder der Handlungsplanung (Apraxie) suchen Sie über einfache und komplexere Aufforderungen.

Beim Neglect „vernachlässigt“ der Patient eine Hälfte des Raums oder seines Körpers: Gleichzeitig beidseitig dargebotene Reize (z.B. visuell oder taktil) werden auf einer Seite trotz intakter Sensorik abgeschwächt wahrgenommen.

Einige **kognitive Screeningtests** finden Sie im Internet: Mini Mental State Test (MMST) und DemTect fahnden allgemein nach Demenzen, Parkinson Neuropsychometric Dementia Assessment (PANDA) speziell nach Demenz bei idiopathischem Parkinson-Syndrom. Visuokonstruktive Defizite deckt der Uhrentest auf. Ein sensitiver Test für milde kognitive Störungen ist das Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

Primitivreflexe: Bei Dysfunktion des Frontalhirns, z.B. im Rahmen einer neurodegenerativen Erkrankung, kann die Hemmung von *Primitivreflexen* gestört sein, wie des *Palmomentalreflexes* (Kontraktion des M. mentalis bei kräftigem Bestreichen des gleichseitigen Daumenballens) und des Greifreflexes (unwillkürliches Greifen nach einem die Handfläche berührenden Gegenstand).

Weitere „Frontalhirnzeichen“ sind fehlerhafte Nachahmungen des Klatschversuchs (dreimaliges Händeklatschen; der Patient klatscht fälschlicherweise häufiger) oder der „Lurija-Sequenz“ (nacheinander mit Faust, Handkante, flacher Hand in die Fläche der anderen Hand klatschen).

Hirnnerven

Gesichtsfeld: Suchen Sie nach Gesichtsfelddefekten, indem Sie den Patienten Ihre Nase fixieren lassen und außen in verschiedenen Höhen rechts, links oder beidseits mit Ihren Fingern wackeln (II. Hirnnerv).

Pupillen: Prüfen Sie die Form, Durchmesser und Isokorie der Pupillen, dann die direkte und konsensuelle Lichtreaktion (Nn. II, III).

Augenbewegungen: Zur Testung der Augenbewegungen soll der Patient mit den Augen Ihrer Fingerspitze horizontal und vertikal folgen, ohne den Kopf zu bewegen. Treten Augenfehlstellungen oder Doppelbilder auf (Nn. III, IV, VI)? Ist die Blickfolge glatt oder ruckartig („sakkadiert“; Kleinhirn)? Eventuelle *Nystagmen* werden nach ihrem Auftreten (spontan, bei bestimmten Blickrichtungen oder Änderungen der Kopfposition) angegeben; der „Endstellnystagmus“ beim Blick nach ganz außen ist meist physiologisch. Die Richtung eines Nystagmus (horizontal: rechts oder links; vertikal: upbeat oder downbeat; rotatorisch) wird nach der schnellen Komponente benannt.

Nystagmen sind Ausdruck einer Störung des vestibulären Systems. Peripher-vestibuläre Syndrome entstehen in den Gleichgewichtsorganen (z.B. gutartiger Lagerungsschwindel) oder im VIII. Hirnnerv (Neuropathia vestibularis). Zentral-vestibuläre Syndrome entstehen bei Schädigung der vestibulären Hirnstammkerne bzw. -bahnen oder des Kleinhirns durch Läsion oder Intoxikation.

Erfassen Sie Sensibilitätsstörungen durch Bestreichen und Piksen der Gesichtshaut und ggf. der Mundschleimhaut; versuchen Sie dabei genaue Begrenzungen herauszufinden (N. V).

Faziale Paresen fallen bei Stirnrunzeln, Zusammenkneifen der Augen, breitem Grinsen und Aufblasen der Wangen auf. Bei der zentralen fazialen Parese ist die Innervation der Stirn meist intakt, hingegen kann nur bei der peripheren Fazialisparese eine gleichseitige Geschmacksstörung auftreten (N. VII).

Für den vestibulo-okulären Reflex (VOR) fixiert der Patient Ihre Nase, während Sie seinen Kopf geringfügig, aber rasch zu einer Seite rotieren. Falls die Augen bei Drehung zu einer Seite vom Fixpunkt ausgelenkt werden und eine Rückstellbewegung machen, liegt auf derselben Seite eine Dysfunktion des peripheren vestibulären Systems vor.

Das Hören testen Sie z.B. durch Fingerreiben vor dem Ohr (N. VIII).

Nn. IX, X, XII: Lassen Sie den Patienten den Mund öffnen, die Zunge herausstrecken und hecheln: Im Regelfall hängt und hebt die Uvula mittig (Nn. IX, X) und die Zunge steht gerade (N. XII).

Dysarthrie: Beim Nachsprechen von z.B. „Schellfischflosse“ hören Sie eine **Dysarthrie** (= Sprechstörung) heraus. Zum Schluss lassen Sie den Patienten gegen den Widerstand Ihrer Hände die Schultern heben und den Kopf drehen (N. XI).

Motorik

Zur Beurteilung des Muskeltonus lassen Sie Ihren Patienten entspannt auf dem Rücken liegen. Pathologische Tonuserhöhungen können rigide oder spastisch sein. Der

Rigor ist gleichbleibend „wachsartig“ und häufig mit einem „Zahnradphänomen“ assoziiert; die Spastik ist umso stärker, je schneller Sie passiv bewegen.

Bewegungsstörungen: Suchen Sie ferner nach unwillkürlichen Haltungen oder Bewegungen, **Dystonien** oder **Dyskinesien.**

> **Die häufigsten extrapyramidal-motorischen Störungen (EPMS)** nach Neuroleptika-Einnahme sind Dyskinesien von Gesicht, Mund und Zunge, seltener von Extremitäten oder Rumpf (z.B. „Pisa-Syndrom“). Andere mögliche kurz- oder langfristige Nebenwirkungen von Neuroleptika sind Parkinson-Syndrom („Parkinsonoid“), Akathisie (quälende Sitzunruhe) und Restless-Legs-Syndrom.

Im Armhalteversuch sind die Arme waagerecht (im Liegen: 45° nach oben) vorgestreckt, die Handflächen zur Decke gedreht. Zeichen einer latenten Parese sind Hohlhandbildung, Pronation und Absinken.

Der Beinhalteversuch wird im Liegen durchgeführt: Hüfte und Knie sind je 90° gebeugt, die Beine berühren einander nicht; ein Absinken deutet eine Parese an.

Muskeleigenreflexe: Zu Kraftprüfung und Untersuchung der Muskeleigenreflexe siehe Tabellen 10 und 11. Paresen der Beine können Sie ausschließen, wenn Ihr Patient mühelos aus der Hocke aufstehen, sich auf Zehen und Fersen stellen und beidseits einbeinig hüpfen kann (Cave: Sturzgefahr).

Paresen sind je nach Schädigungsort *schlaff* oder *spastisch*: Muskeleigenreflexe und -tonus sind bei Läsion des peripheren „zweiten Motoneurons“ abgeschwächt, nach Schädigung des zentralen „ersten Motoneurons“ innerhalb der Pyramidenbahn hingegen gesteigert. Ausdruck einer Reflexsteigerung ist einerseits eine übermäßig brüske Reflexantwort, andererseits die Auslösbarkeit auch außerhalb der eigentlichen Reflexzone.

Zeichen einer Pyramidenbahnläsion ist zudem der pathologische Fremdreflex nach *Babinski*, wenn sich beim kräftigen Bestreichen der lateralen Fußsohle die Großzehe tonisch hebt und sich die restlichen Zehen fächerartig spreizen.

Armhalteversuch: Lassen Sie den Patienten die Arme vorhalten, die Handflächen nach unten und die Finger gespreizt. So können Sie positive oder negative *Myoklonien* (ruckartige Muskelkontraktionen bzw. kurzzeitigen Tonusverlust) erfassen, oder einen Haltetremor.

Tremores werden nach Auslöser (Ruhe, Haltearbeit oder Zielbewegung) eingeteilt, ferner nach Lokalisation, Amplitude, Rhythmik und Frequenz.

Brady- und Hypokinese: Indem Sie Daumen und Zeigefinger einer Hand in möglichst weit ausladenden Bewegungen repetitiv aufeinander tippen lassen, können Sie Brady- und Hypokinese bzw. Dysdiadochokinese (s. u.) erfassen.

> **Kardinalsymptome des Parkinson-Syndroms** sind Ruhetremor, Rigor, Brady-/Hypokinese und posturale Instabilität. Während die ersten drei beim idiophatischen Parkinson-Syndrom („M. Parkinson“) asymmetrisch auftreten, sind sie bei atypischen Parkinson-Syndromen oder beim medikamentös induzierten Parkinson-Syndrom meist symmetrisch verteilt.

Tab. 10 Untersuchung der Motorik

Bewegung	Wurzel	Nerv	Muskeleigenreflex
Schulterabduktion	C5	N. axillaris	
Ellenbogenbeugung	C6	N. musculocutaneus	Bicepssehnenreflex (BSR)
Ellenbogenstreckung	C7	N. radialis	Tricepssehnenreflex (TSR)
Fingerstreckung	C7	N. radialis	
Fingerspreizung	C8	N. ulnaris	
Fingerbeugung	C8	Nn. medianus/ulnaris	Trömner-Knipsreflex
Hüftbeugung	L2	N. femoralis	
Hüftadduktion	L3	N. obturatorius	Adduktorenreflex (ADR)
Hüftabduktion	L5	N. gluteus superior	
Hüftstreckung	S1	N. gluteus inferior	
Kniestreckung	L3/L4	N. femoralis	Patellarsehnenreflex (PSR)
Kniebeugung	L5/S1	N. ischiadicus	
Fußhebung	L5	N. peroneus	Tibialis-posterior-Reflex (TPR)
Fußsenkung	S1	N. tibialis	Achillessehnenreflex (ASR)

Tab. 11 Kraftgrade nach Medical Research Council

Kraftgrad	maximale Aktivität
0/5	Plegie = vollständige Lähmung
1/5	sichtbare Muskelkontraktion ohne Kraftentfaltung
2/5	Bewegung unter Aufhebung der Schwerkraft
3/5	Bewegung gegen die Schwerkraft
4/5	Bewegung gegen leichten Widerstand
5/5	Bewegung auch gegen kräftigen Widerstand

Koordination

Geschmeidige Fortbewegung und präzise Zielbewegungen setzen neben intakter Sensorik und Motorik eine ungestörte Kleinhirnfunktion voraus.

Ataxien: Im Gegensatz zu sensiblen (Stand-, Gang- oder Extremitäten-)*Ataxien* können zerebellär bedingte Ataxien durch visuelle Kontrolle kaum kompensiert werden. Entsprechend soll Ihr Patient im *Romberg-Test* die Füße eng zusammenstellen und dann die Augen schließen: Wird der Stand hierdurch unsicher?

Gangbild: Beurteilen Sie dann das Gangbild: Ist es ataktisch und breitbasig? Oder aber hinkend oder kleinschrittig? Eine ungerichtete oder gerichtete Fallneigung fällt nicht nur im Romberg-Versuch, sondern auch im *Seiltänzergang* auf (Auch hier cave: Sturzgefahr).

Im Finger-Nase-Versuch führt der Patient den Zeigefinger bei geschlossenen Augen in großem Bogen von außen auf die Nase, im **Knie-Hacke-Versuch** stellt er im Liegen die Ferse in weitem Bogen aufs gegenseitige Knie und streift sie dann gerade am Schienbein entlang nach unten. Hierbei suchen Sie nach einer Extremitätenataxie: Sind die Bewegungen zielsicher oder dysmetrisch? Sehen Sie einen *Intentionstremor* bei Zielannäherung? Auch eine gestörte *Diadochokinese* ist Zeichen einer Kleinhirn-Dysfunktion: Lassen Sie z.B. das rasche Einschrauben einer Glühbirne simulieren.

Sensibilität

Untersuchen Sie an allen Extremitäten und ggf. auch am Rumpf das Berührungsempfinden *(Ästhesie)* durch sanftes Bestreichen der Haut und das Schmerzempfinden *(Algesie)* durch vorsichtiges Piksen mit einem abgebrochenen Holzspatel. Versuchen Sie bei Auffälligkeiten klare Begrenzungen zu definieren, um das entstehende Muster einem Schädigungsort im sensiblen System zuordnen zu können: peripherer Nerv, Dermatom, Rückenmark oder Gehirn.

> **Sensibilitätsstörungen bei Polyneuropathien** sind meist strumpfförmig und symmetrisch angeordnet. Häufig ist das Vibrationsempfinden (Pallästhesie) besonders beeinträchtigt.

Exemplarische Befunddokumentation

Meningismus: Kein Meningismus.

Neuropsychologie: Wach, zu allen Qualitäten orientiert; 3/3 Begriffen behalten; serielle Subtraktion regelrecht; keine Aphasie.

Hirnnerven: Visus seitengleich, fingerperimetrisch normale Gesichtsfeldgrenzen, Pupillomotorik intakt, Bulbi regelrecht beweglich, Blickfolge glatt, kein Spontan- oder Blickrichtungsnystagmus; faziale Sensibilität und Motorik intakt; VOR bds. intakt, Normakusis bds.; Gaumensegel symmetrisch; Zunge regelrecht beweglich, keine Dysarthrie.

Motorik: Muskeltonus an allen Extremitäten normal; kein Pronieren oder Absinken in den Halteversuchen; in den Einzelkraftprüfungen bds. Kraftgrad 5/5; Ze-

hen- und Fersenstand sowie Einbeinhüpfen bds. mühelos; ASR bds. nicht auslösbar, sonst seitengleich mittellebhafte Muskeleigenreflexe; Babinskizeichen bds. negativ.

Koordination: Finger-Nase-Versuch und Knie-Hacke-Versuch bds. metrisch, Romberg unsicher ohne gerichtete Fallneigung, Gang sicher.

Sensibilität: distale Hypalgesie, Hypästhesie und Dysästhesie der Beine; symmetrische Pallhypästhesie der Füße (4/8 bimalleolär).

Beurteilung: Befund vereinbar mit distal-symmetrischer Polyneuropathie, sonst unauffällig.

Zum Schluss: Leitsymptome neurologischer Notfälle und zwei Fallbeispiele

Bei Koma ohne klare extrakranielle Ursache wie metabolischer Entgleisung oder Intoxikation müssen Sie (bzw. Notarzt oder Neurologe) mit Bildgebung und Liquorpunktion rasch eine akut behandlungsbedürftige intrakranielle Ursache ausschließen: Hirnstamminfarkt bei Basilaristhrombose, intrakranielle Blutung oder Meningoenzephalitis.

Plötzlich aufgetretene neurologische Symptome sind verdächtig auf eine *intrakranielle Blutung* oder einen *ischämischen Hirninfarkt* („Schlaganfall"). Falls eine Ischämie zweifelsfrei innerhalb der zurückliegenden 4,5 Stunden eintrat, kann sie meist mit einer Thrombolysetherapie behandelt werden. Stellen Sie solche Patienten daher sofort neurologisch vor. Die Notfalldiagnostik besteht aus Blutentnahme (Blutbild, Gerinnung, Elektrolyte, Glucose, Creatinin und TSH), EKG und zerebralem CT ggf. mit Angiographie.

Kopfschmerzen können Ausdruck lebensbedrohlicher Erkrankungen sein: Meningitis, Enzephalitis, intrakranielle Blutung oder Tumor (hirneigen oder Metastase). Diese müssen mit zerebraler Bildgebung und Liquorpunktion ausgeschlossen werden, wenn Sie eines der folgenden Warnzeichen finden: maximale Kopfschmerzintensität, plötzlicher Beginn, Fieber und Nackensteife, Bewusstseinsstörung, fokale Symptome im neurologischen Untersuchungsbefund, epileptische Anfälle, Antikoagulation bzw. Leberfunktionsstörung oder maligne Erkrankung.

Subarachnoidalblutungen (SAB) können je nach Ausmaß dem CT-Nachweis entgehen. Daher muss bei SAB-Verdacht und unauffälligem zerebralem CT immer eine Liquorpunktion erfolgen.

Demente oder bewusstseinsgestörte (z.B. delirante oder alkoholisierte) Patienten sind oft nicht in der Lage, über einen Sturz bzw. **Kopfanprall** zu berichten. Bei diesen sollten Sie daher besonders aufmerksam nach Prellmarken oder druckschmerzhaften Stellen am Schädel suchen.

Generalisierte epileptische Anfälle dauern meist weniger als zwei Minuten an. Spätestens nach fünf Minuten liegt ein *generalisierter Status epilepticus* vor, ein absoluter neurologischer Notfall. Mittel der ersten Wahl zur Beendigung ist Lorazepam i.v.



(fraktioniert bis 8 mg). Vergessen Sie nicht, anschließend prophylaktisch antikonvulsiv weiterzubehandeln – und nach der Ursache des Status zu fahnden.

Komplette oder partielle Querschnittsyndrome sind motorische oder sensible Störungen ab einer bestimmten spinalen Segmenthöhe. Eine Besonderheit ist die „Reithosenanästhesie“ beim Konus-/Kauda-Syndrom, oft mit Blasen- und Mastdarmstörungen. Akute oder rasch progrediente Querschnittsyndrome ziehen grundsätzlich ein spinales Notfall-MRT nach sich.

Fallbeispiele – Enzephalitis

Ein 31-jähriger Informatiker wird nach erstmaligem generalisiertem epileptischem Anfall in der Notaufnahme vorgestellt. Laut Lebensgefährtin ist er bereits seit drei Tagen wegen allgemeiner Schwäche mit leichtem Fieber und Kopfschmerzen krankgeschrieben. Der Patient ist somnolent, zudem fallen Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Wortfindungsstörungen sowie einzelne Paraphasien auf. Ansonsten ist der neurologische Untersuchungsbefund bis auf einen Nackenbeugeschmerz unauffällig, ebenso das kraniale CT. Kurz danach hat der Patient einen zweiten generalisierten Anfall. Die Liquoranalyse erbringt eine lymphozytäre Pleozytose (800/µl) bei leicht erhöhtem Laktat; später wird per PCR HSV-1-DNA im Liquor nachgewiesen. Eine noch in der Notaufnahme begonnene i.v.-Therapie mit Aciclovir rettet dem Patienten das Leben, er wird aber eine symptomatische Temporallappenepilepsie davontragen.

Eine 19-jährige Auszubildende wird von ihrem Hausarzt wegen „Erstmanifestation einer Psychose“ psychiatrisch eingewiesen. Sie beschreibt beängstigende visuelle Halluzinationen und paranoide Wahneinfälle sowie eine Schluckstörung. Es fallen eine Merkfähigkeitsstörung und häufiges einseitiges Blinzeln und Grimassieren auf. Trotz Behandlung mit Olanzapin verschlechtert sich die Symptomatik, es treten Geschmacks- und Geruchshalluzinationen hinzu. Nach einem fokal eingeleiteten generalisierten epileptischen Anfall wird ein EEG veranlasst, welches eine leichte diffuse Hirnfunktionsstörung ergibt. Im MRT des Kopfes stellen sich beide medialen Temporallappen in der FLAIR-Wichtung diskret hyperintens dar. Der Nachweis von NMDA-Rezeptor-Antikörpern im Liquor führt zur Diagnose einer autoimmunen Enzephalitis, zudem wird ein Ovarialteratom entdeckt und reseziert. Nach mehreren Wochen immunsuppressiver Behandlung auf einer Intensivstation und einer mehrmonatigen stationären Rehabilitation wird die Patientin mit einer leichten residuellen Merkfähigkeitsstörung entlassen.

Literaturempfehlung

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2015) Leitlinien der Neurologie. URL: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 15.01.2015)

Suchenwirth R, Dittel R (Hrsg) (2013) Neurologische Untersuchung. 3. Auflage. Neuromedizin Verlag Bad Hersfeld

2. Der psychiatrische Blick: Worauf man beim „ersten Blick“ achten sollte und was man dabei erkennen kann

Sabina Levy und Konrad Uebelhack

Ein geübter diagnostischer Blick kann helfen, wichtige Entscheidungen zu treffen, wenn Eile geboten ist oder nur eine geringe Kooperationsfähigkeit der -bereitschaft seitens des Patienten besteht.

In diesen Situationen müssen Gefährdungspotenzial und Akuität eingeschätzt sowie eine Prognose erstellt werden. Sowohl Erregung und Hemmung als auch andere quantitative und qualitative Änderungen in den Kategorien Denken, Affekt und Psychomotorik müssen differenzialdiagnostisch betrachtet werden, da sie für die Diagnosestellung einen besonderen Stellenwert haben.

Die Erfahrung zeigt, dass sich der klinische Blick, die Fähigkeit zur treffenden Verbalisierung und Einordnung dessen, was Sie bei Patienten wahrnehmen, erst mit der Zeit herausbildet. Oft sind es aber gerade Anfänger, denen die Tätigkeit in Notaufnahmen und auf den Stationen obliegt, mit mehr oder weniger guter Supervision.

Viele Kollegen beschreiben zu Beginn ihrer Tätigkeit eine Überflutung mit Eindrücken, die in die bisherigen Kategorien, die sie bezüglich der Einschätzung von Menschen hatten, kaum einzuordnen sind. Dies bezieht sich sowohl auf die Intensität der Gefühle (Mitleid, Traurigkeit, Ablehnung, Ekel, Wut, Hilflosigkeit …) als auch das gleichzeitige Bestehen von Gefühlen bzw. die Verdichtung dieser. Vor allem im Nachgang von Kontakten mit einigen Menschen mit einer Persön-



lichkeitsstörung beschreiben viele Kollegen auch intensive unangenehme Gefühle wie Ablehnung, Ekel, Wut und empfinden es als besondere Herausforderung, nicht auf den von dem Patienten vorgegebenen Interaktionsstil einzusteigen. Gleichzeitig besteht aber der Wunsch, eben solche Gefühle den Patienten gegenüber nicht zu empfinden, um ihnen authentisch, mit Höflichkeit, Respekt und Empathie begegnen zu können.

Der Kontakt zu Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis weckt bei vielen Kollegen Interesse, da vieles auf den ersten Blick so anders und fremd erscheint, als würde der Patient aus einem fernen Land kommen, dessen Sprache und Kultur man schwer begreifen kann: manchmal bedrohlich, manchmal ekstatisch religiös gefärbt, manchmal bizarr und damit oft faszinierend oder irritierend.

Grundsätzlich profitiert man als Anfänger davon, möglichst viele erfahrene Kollegen bei der Exploration zu beobachten. Wie kommen erfahrene Kollegen an Informationen? Mit welchen Fragen schaffen sie es, den ersten Eindruck für andere nachvollziehbar zu verbalisieren? Wie schaffen es diese Kollegen, herausfordernde Situationen ohne starke emotionale Aufreibung zu bewältigen? In welchen Situationen fehlt es uns dennoch an dem nötigen Handwerkszeug?

Es ist wichtig, möglichst oft erfahrene Kollegen bei der Exploration zu beobachten, dabei lernt man sehr viel. Man muss nicht jeden Fehler erst selbst begehen und das Rad neu erfinden. Im Laufe der Zeit entwickelt man einen eigenen Explorations- und individuell gefärbten Stil bei der Therapie.

Nachdenken über eigene Reaktionen und Reaktionen des Patienten

Viele jüngere Kollegen berichten, dass Raum für eigene Reflexionen erst nach der ersten Zeit auf Station und des formalen Bewältigens des Arbeitspensum entsteht. Die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen kann sehr anstrengend und auslaugend sein. Eine gute Psychohygiene ist wichtig, um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein. Dazu lohnt sich der Blick auf die eigenen Reaktionen und die des Patienten:

Wie reagieren wir auf Ansprüchlichkeit und herausforderndes Verhalten? Wofür sprechen diese Ansprüchlichkeit und das herausfordernde Verhalten? Was will der Patient eigentlich kommunizieren, wie kommuniziert er das? Was gibt er vor, kommunizieren zu wollen? Was ist, wenn trotz des Leidens jegliche „gesunde“ Ansprüchlichkeit bei ihm fehlt?

Ebenfalls wichtig ist die Frage, was in uns Sympathie und Antipathie erzeugt. Sieht man Ihnen die Antipathie an und woran? Wer erzeugt in uns Hilfsbereitschaft, und wer schafft es, uns zu instrumentalisieren? Bei wem ist unsere Hilfsbereitschaft nur professionell aufgesetzt und warum? Bei welchen Patientengruppen fühlt sich unsere Hilfsbereitschaft angemessen an? Was ist unser therapeutischer Erstimpuls bei einem Patienten? Wir reagieren hier alle unterschiedlich auf verschiedene Patienten, können mit einigen Störungsbildern besser umgehen und reagieren aversiv auf andere.

Erfahrungsgemäß bildet sich mit der Zeit ein gutes Gefühl dafür heraus, wo eine sofortige Intervention notwendig ist, was dadurch fundierter wird, dass neben dem Erstimpuls eine gründliche Anamnese erhoben wird, die dann den ersten Eindruck stützen kann (oder ihm widerspricht) und so unsere Entscheidungen für andere nachvollziehbar macht.

Was ist die Motivation des Kommens des Patienten? (selbst- oder fremdmotiviert?)

Was ändert das an unserer Reaktionsweise und unserem Herangehen?

Was verrät der „erste Blick" (Was wir ohne explizite Exploration oder bei der Anamneseerhebung nebenbei erfassen. Was ansonsten beim ersten Kontakt zu beachten ist …)?

Allgemeines

Wir sind damit ausgestattet, eine Vielzahl von Informationen auf einen Blick aufnehmen zu können und intuitiv zu einem Urteil zu kommen und Entscheidungen zu treffen.

Wenn wir einen Menschen sehen, und gerade auch beim ersten Mal, achten wir auf Aussehen, Psychomotorik, Körpersprache, Hygiene, Kleidung, Stil u.v.m. Uns fallen Unstimmigkeiten zwischen äußerem Bild und dem, was sich uns im psychopathologischen Befund und der aktuellen Situation bietet, auf. Wir sehen, ob die Kleidung geschmacklich stimmig und von guter Qualität ist, ob sie gut aussieht, ob sie alt oder neu ist. Wir bekommen so manchmal mit, ob Brüche im Lebenslauf stattfanden. Auch im umgekehrten Fall der Besserung oder Genesung beobachten wir, dass sich Menschen wieder pflegen, sich frisieren, Kosmetik verwenden, Haare wieder färben, Nägel lackieren, sich wieder normal bewegen und sprechen, wieder lachen und sich für die Welt reflektiert interessieren.

> Widersprüche von äußerer Erscheinung und psychopathologischem Befund können auf einen Bruch im Lebenslauf hinweisen.
>
> Der Rückgang dieser Diskrepanzen kann Zeichen der Remission sein.

Auch die Art und die Geschwindigkeit der Sprache sollten Beachtung finden. Wir nehmen wahr, wie Aufmerksamkeit, Konzentration und deren jeweilige Spanne, sowie die Ordnung des Denkens sind, ob jemand ratlos oder verwirrt ist.

Auch bedeutet eine gute Aufmerksamkeit nicht automatisch eine gute Auffassung (eindrücklich zu beobachten bei Demenzen oder Psychosen mit ausgeprägten Denkstörungen).



Spezielle Aspekte und Hintergründe, Anregungen zur differenzierten Beobachtung für den Erstkontakt und die Anamneseerhebung

Körpersprache

Die Körpersprache hat, ähnlich der Traumsymbolik, oft keine für alle Menschen gleich geltende Bedeutung. Vielmehr geht es um die Zusammenschau aller Signale und der Situation sowie um den soziokulturellen Hintergrund.

Bei der Einschätzung v.a. der Sprache, Körpersprache und Psychomotorik, muss eingeschätzt werden, in welchem Ausmaß hier Erlerntes, Imitiertes, Konditioniertes oder Demonstratives, insbesondere unter den *Aspekten der kulturell-spirituell-religiösen oder anderweitigen ideologischen Beeinflussung*, zum Tragen kommt.

Oft verrät die Körpersprache viel über die Persönlichkeit und aktuelle Probleme. Man sieht, ob mit Gestik, Mimik und Sprache, aber auch mit Kleidung, etwas demonstriert, kompensiert oder versteckt wird.

Hierbei können wir auch die Art und Stärke des Händedruckes, die Beschaffenheit und Feuchtigkeit der Haut und den Muskeltonus einschätzen. Z.B. kann ein wahnhafter Patient angeben, vollkommen entspannt zu sein, gleichzeitig kann uns aber ein erhöhter Puls und Blutdruck, dazu noch ein sehr kräftiger Händedruck auf ein dennoch vorhandenes hohes Anspannungsniveau hinweisen. Verschränkte Arme, eng übereinander geschlagene Beine *können* z.B. auf Verschlossenheit, Abwehr oder Frieren hinweisen.

Kommunikation/Metakommunikation

> *„Man kann nicht nicht kommunizieren.“* Paul Watzlawick

Folgendes sollte in der Anamnese diesbezüglich eingeschätzt werden:

- Besteht verbale/nonverbale Kommunikationsfähigkeit/-freudigkeit?
- Besteht Zugewandtheit und Offenheit?
- Prägt Oberflächlichkeit oder Tiefe die Erzählung?
- Mitteilungsbereitschaft: Ist sie unangestoßen, auf Nachfrage oder mit Zähigkeit vorhanden, besteht Verweigerung oder Unfähigkeit (z.B. aufgrund von Denkstörungen)?
- Besteht Blickkontakt? Wenn keiner gehalten wird, ist die verbal ausgesprochene Information eher zu hinterfragen als mit vorhandenem Blickkontakt. Eine möglicherweise nur eingeschränkte Verwertbarkeit der gegebenen Informationen sollte dann bedacht werden.

Die Kommunikation kann aus verschiedenen Ursachen eingeschränkt sein, hierbei sollte auch die *mögliche Schwerhörigkeit im Alter* bedacht werden, die oft unerkannt bleibt.

Oft zeigt sich innerhalb der ersten Minuten eine Tendenz über die *inhaltliche Verwertbarkeit* der Angaben:

Berichtet der Patient geradlinig oder umständlich, schlüssig oder paralogisch? Inwieweit sind die geschilderten *Inhalte einfühlbar*? Besteht Mitteilungsbereitschaft? Wie ist eine mangelnde Mitteilungsbereitschaft zu werten? Entspringt sie einem *Misstrauen*, einer *feindseligen Haltung* oder *der Scham*?

Metakommunikation

Jede Botschaft (Sender an Empfänger) besteht aus vier Teilen (Friedemann Schulz von Thun):

- Die Sach-Aussage: Sie ist der konkrete Fakt (Worüber wird gesprochen?).
- Die Eigenoffenbarung: Sie sagt etwas über den Sender (Was wird über sich offenbart?).
- Die Beziehungsseite: Sie gibt das Verhältnis zwischen Sender und Empfänger an.
- Der Appell: Er fordert den Empfänger auf (Was will der Sender?).

Wenn der Appell benutzt wird, um die anderen drei Bereiche zu bestimmen und zu funktionalisieren, spricht man von **Manipulation**.

Jeder der 4 Punkte kann unterschiedlich in Erscheinung treten:

- explizit/implizit (direkt/indirekt – sowohl verbal als auch Gesten möglich)
- verbal/nonverbal

Die 4 Botschaften können dabei kongruent oder inkongruent sein.

Vereinfacht kann man sagen, dass es oft auf deutliche Diskrepanzen (Inkongruenz) zwischen den vier Teilen der Botschaft zurückzuführen ist, wenn man nach einem Gespräch Schwierigkeiten hat, dieses zu dokumentieren.

Übertragung/Gegenübertragung

Wenn sich zwei Menschen begegnen, haben sie Gefühle dem anderen gegenüber und erzeugen jeweils Gefühle im anderen.

Ein Patient kann in der Begegnung mit uns Gefühle uns gegenüber erleben, die nicht zu uns/dieser Situation mit uns passen, sondern die sich eigentlich auf eine andere Person aus seiner Vergangenheit beziehen. Dies nennt man Übertragung.

Übertragung ist eine „Wiederholung" einer früher entstandenen Beziehung, mit Projektion von, eigentlich an jemand früheren gerichteten Gefühlen, Wünschen und Erwartungen, aber auch Befürchtungen, Triebimpulsen und Abwehrhaltungen usw. bei einer neuen Person, wie z.B. dem Arzt/Therapeuten. Diese Prozesse finden aber auch in Beziehungen des Privat- und Berufslebens (z.B. hierarchischen Beziehungen) statt und sind weitgehend unbewusst.

Es ist aber immer gleichzeitig eine Vielzahl von Gefühlen, Reaktionen, Impulsen usw. in einer solchen Situation vorhanden. Im Plural spricht man anstatt von Übertragungen auch oft von Übertragungsreaktionen. Diese sind in der aktuellen Situation immer unangemessen und verzerrt in Bezug auf die Dauer (zu lang, zu kurz) und die Ausgestaltung (zu stark, zu gering, bizarr). Aber in der vergangenen Beziehung/Erstsituation waren die damaligen Reaktionen wahrscheinlich angemessen.

Unsere Reaktion, also das Richten von Gefühlen, Wünschen, Erwartungen, Zweifel usw. an unser Gegenüber nennt man **Gegenübertragung**.



Sowohl Übertragung als auch Gegenübertragung sollten von uns erkannt, gedeutet und genutzt werden können, da diese oft unbewussten Inhalte auf zum Teil verdrängte frühere soziale Beziehungen, Interaktionen und in diesen Beziehungen wurzelnde Konflikte hinweisen und unbewusst auf neue soziale Beziehungen übertragen werden. So können im therapeutischen Kontext auch Rollenerwartungen auf uns übertragen werden (z.B. an eine Vater- oder eine Mutterfigur).

> Durch **Selbsterfahrung** lernen wir, zu unterscheiden, welche Gefühle und Reaktionsweisen wir selbst in eine Situation mit hineinbringen und welche Gefühle und Reaktionen erst bei einer Interaktion in uns erzeugt/reaktiviert werden.

Oft ist gerade der in Ausbildung befindliche Arzt in eine Hierarchie eingebettet und befindet sich nicht nur den Patienten gegenüber in einer solchen Übertragungs-/Gegenübertragungssituation, sondern auch gegenüber seinen Vorgesetzten, aber auch anderen Berufsgruppen gegenüber, wie der Pflege, deren Mitarbeitern er weisungsberechtigt ist. Hier ergeben sich auch Konstellationen gegenseitiger Erwartungen, die auch auf den Patientenkontakt Einfluss haben können.

Abwehrmechanismen

Nicht alle unserer Konflikte, Wünsche, Bedürfnisse, Werte und Muster sind uns bewusst. Viele sind unbewusst.

Intrapsychische Abwehrmechanismen sollen uns vor dem Bewusstwerden von unangenehmen und bedrohlichen Gefühlen und Affekten, die z.B. im Zusammenhang mit einem Konflikt oder Erlebnis stehen, schützen, und sie deshalb im Unbewussten halten. Die einzelnen Abwehrmechanismen entstehen in unterschiedlichen Entwicklungsphasen des heranwachsenden Menschen. Am Reifegrad des jeweiligen unbewusst zum Einsatz gekommenen Abwehrmechanismus können wir auf das Problemalter (in dem z.B. der Konflikt entstand, ein unangenehmes prägendes Ereignis stattfand) und die Reife von Persönlichkeitsanteilen und das sozioemotionale Entwicklungsniveau dieser Anteile schließen.

Eine fast zu sehr vereinfachte Grundregel für den Einstieg: Je mehr ein Abwehrmechanismus bei einem Menschen zu einer desintegrierten, polarisierten oder verzerrten Wahrnehmung/Beurteilung von Situationen/Personen führt, desto unreifer ist dieser Abwehrmechanismus und deutet auf eine umso frühere Entstehung der Störung (frühe Störung) hin. Hier ist aber die tiefgehende Kenntnis der Abwehrmechanismen für den klinischen/therapeutischen (und auch privaten) Alltag von unschätzbarem Wert.

Grundsätzlich können bei vielen psychischen Störungen in der akuten Krankheitsphase vorübergehend einzelne Persönlichkeitszüge oder Reaktionsweisen stärker akzentuiert sein.

Grundsätzlich können unterschiedliche Anteile eines Menschen sehr unterschiedliche sozioemotionale Entwicklungsniveaus aufweisen!

Für die Diagnostik und Therapie bei einem Patienten und den Umgang mit ihm, sind diese Kenntnis und deren Anwendung sehr erhellend und hilfreich.

Primärer und sekundärer Krankheitsgewinn bei der Symptombildung (z.B. bei neurotischen Störungen, Konversion, dissoziativen Störungen, Phobien)

Bei der Beurteilung von Symptomen ist immer auch neben der möglichen organischen Genese eine psychodynamische bedingte Entstehung oder eine Kombination beider zu erwägen.

Symptome können auch unbewusst gebildet werden, um unbewusste Konflikte abzuwehren.

Die Symptombildung ist der primäre Krankheitsgewinn, da das Symptom, wenn auch unangenehm, so doch besser ertragbar ist als der abgewehrte Konflikt. Durch das Symptom kann es vermieden werden, unangenehmen Situationen und Auseinandersetzungen zu begegnen oder Entscheidungen treffen zu müssen.

Oft weist das Symptom symbolisch auf das Grundproblem des Konfliktes hin (z.B. histrionische Blindheit: etwas nicht sehen wollen oder Lähmung: zu/von etwas/jemanden nicht gehen oder weggehen wollen).

Der sekundäre Krankheitsgewinn erwächst aus der angenehmen (z.B. aufmerksamen oder fürsorglichen) Reaktion der Umgebung (unbewusst erwünscht oder bewusst erwünscht).

Zwei Fragen stellen sich hierbei:

- Was *ermöglicht* das Symptom dem Patienten? (Welchen Gewinn hat er dadurch primär und sekundär?)
- Was braucht der Patient wegen des Symptoms nicht mehr zu machen? (Was kann er *vermeiden*?)

Es gibt sogenannte Grundkonflikte, die nicht aus einer aktuellen Situation erwachsen, sondern, oft aus frühen Entwicklungsphasen stammend, einen überdauernden dysfunktionalen Charakter haben:

- Individuation versus Abhängigkeit, Unterwerfung versus Kontrolle, Versorgung versus Autarkie
- Selbstwertkonflikt, Schuldkonflikt, ödipaler Konflikt, Identitätskonflikt

Proxemik

Proxemik ist die Lehre vom Signalaustausch von Individuen durch Einnahme bestimmter Distanzen zueinander.

Die Abstände sind kultur-/subkulturabhängig und zustandsabhängig. In „unserer Kultur" in Deutschland gelten in etwa folgende Distanzen:

- Intimdistanz: unter ca. 45 cm
- persönliche Distanz: ca. 45 bis 120 cm
- soziale Distanz: ca. 120 bis 360 cm



- öffentliche Distanz: ab ca. 360 cm

Es gibt kulturell, individuell und situativ bedingte Wohlfühldistanzen.

Die Distanzen sind auch aktiv und passiv unterschiedlich:

- Welche Distanz wählt jemand selbst zum Gegenüber und
- welche Distanz lässt er beim Eindringen eines anderen in seinen Bereich zu?

Hier kann es deutliche Unterschiede der aktiven und passiven Distanzen geben, insbesondere bei erregten Menschen.

Wichtig ist also, den Wohlfühlbereich/die Wohlfühldistanz eines Menschen zu erkennen und nach Möglichkeit einzuhalten!

Erregte bzw. leicht erregbare, gewalttätige oder ängstliche Personen haben oft einen größeren Raum nötig, sehr misstrauische und/oder wahnhafte Patienten fühlen sich oft ebenso mit einer größeren Entfernung sicherer. Ein „Eindringen“ in diesen Raum, z.B. bei der körperlichen Untersuchung, sollte insbesondere bei misstrauischen, unruhigen Patienten immer angekündigt und erklärt werden, bei hochgradig erregten Patienten muss unter Umständen darauf verzichtet werden bzw. auf basale Untersuchungen begrenzt werden.

Die Einschätzung der Suizidalität

Suizidalität sollte immer direkt besprochen werden.

Die Suizidalität wird durch die Thematisierung nicht verstärkt.

Wenn wir das *Gefühl* haben, dass wir nach einem Gespräch eine Last tragen, *dass der Patient sich aber entlasten konnte, ist dies eher ein gutes Zeichen*. Wenn wir dagegen ein Gefühl von Leere haben und wir die Abgabe von Belastung an uns nicht spüren können, dann ist das eher ein Alarmsignal. Manchmal spüren wir echte Besorgnis, sind empathisch und werden deshalb schnell aktiv, den Patienten zu versorgen und manchmal spüren wir Desinteresse und Gleichgültigkeit in uns.

Wenn die Dramatik der Schilderung und Heftigkeit der angegebenen Suizidalität im krassen Gegensatz zu der bei uns ausgelösten Gefühle (s.o.: wie z.B. Gleichgültigkeit, keine Besorgnis) steht, sollte man nach Möglichkeit eine Zweitmeinung (am besten Facharzt) einholen und auch eine Instrumentalisierung der Suizidalität nicht ausschließen.

Hier ist insbesondere auch die Prospektivität, also die realistischen Pläne und Ideen für eine Zukunft, abzuklären, da dies ein guter Marker für die Distanzierung von Suizidalität ist. Bei der Einschätzung der Suizidalität und Prospektivität ist auch zu fragen, ob Kinder, Haustiere oder andere Personen zu versorgen sind.

Auch ist zu prüfen, ob eine *Fremdgefährdung* (z.B. Pläne für einen erweiterten Suizid, oder Inkaufnahme von „Kollateralschäden“) vorliegt.

Literaturempfehlung

Reischies FM (2007) Merkmale psychischer Krankheitsbilder und klinische Neurowissenschaft. Springer Heidelberg

3. Das sozio-emotionale Entwicklungsniveau. Ein erweiterter Blick bei der psychiatrischen Diagnostik

Sabine Zepperitz und Samuel Elstner

Dieser Beitrag wurde hauptsächlich aus dem pädagogischen Blickwinkel heraus geschrieben. Die Sichtweisen eines pädagogisch ausgebildeten Menschen unterscheiden sich teilweise erheblich von denen eines medizinisch-psychiatrisch Ausgebildeten. In der klinischen Praxis können beide Sichtweisen zusammen jedoch zu einer großen Bereicherung und Weiterentwicklung in der psychiatrischen Behandlung insbesondere von Menschen mit geistiger Behinderung (mgB) beitragen.

Grundlegendes Denken für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus

Der erweiterte Blick in der Diagnostik

Für die psychiatrische Arbeit mit Menschen, die eine sogenannte geistige Behinderung vorweisen, ist es sinnvoll, sich ein wenig mit den Besonderheiten dieser Patientengruppe auseinanderzusetzen. Zu einer der herausforderndsten Aufgaben eines Behandlers dieser Patientengruppe gehört es, psychische Störungen von auffälligem Verhalten oder gar von adäquatem Verhalten vor dem Hintergrund eines vorliegenden emotionalen Entwicklungsstandes abzugrenzen.

Die psychiatrische Diagnostik erfolgt gemeinhin auf Grundlage des dreidimensionalen Krankheitsmodells (bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis).

Neben den bekannten psychiatrischen Störungen sind Verhaltensauffälligkeiten jedoch häufig auch durch eine unausgeglichene, verzögerte oder blockierte emo-

tionale Entwicklung erklärbar. Das Verständnis des entwicklungspsychologischen Ansatzes liefert noch einmal eine differenziertere Sichtweise auf Verhaltensauffälligkeiten und eröffnet neue Perspektiven bei der Diagnostik, Prävention und Behandlung. Ein vierdimensionales, also bio-psycho-sozial-emotionales Krankheitsmodell ermöglicht eine erweiterte Sicht.

In der Praxis erhalten Menschen mit geistiger Behinderung immer noch um ein Vielfaches mehr an psychopharmakologischer Behandlung, mit teilweise nicht nachvollziehbarer Indikation. Es ist also unbedingt notwendig, die Behandlung mit Psychopharmaka kritisch zu hinterfragen und ggf. anderen Professionen in der Behandlung den Vorrang zu geben (z.B. pädagogische Interventionen).

Die Intelligenzminderung in der ICD

In diesem Beitrag wird die Formulierung „Menschen mit einer geistigen Behinderung“ benutzt, da dies zunächst eine vertraute Begrifflichkeit ist, in pädagogischen und Betroffenenkreisen jedoch zu Recht kontrovers diskutiert wird. Aber dies führt in diesem Zusammenhang vielleicht zu weit.

Im medizinischen Kontext wird der Begriff Intelligenzminderung verwendet – ein wichtiger Unterschied. Die Intelligenzminderung ist in der ICD-10 den psychischen Störungen zugeordnet. In dieser Betrachtungsweise hat der Blick auf die Ressourcen des Menschen wenig Bedeutung. Der in der ICD-10 geprägte Terminus der Intelligenzminderung fokussiert auf die Defizite im kognitiven Bereich (durch Leistungsdiagnostik erfassbarer IQ). Im DSM-5 wird diese Sichtweise immerhin durch die Betrachtung der Defizite im sozialen Miteinander ergänzt.

Ein Mensch mit geistiger Behinderung benötigt in vielen Bereichen des Alltags Unterstützung. Die Tatsache, dass diese Menschen nicht nur im kognitiven Bereich, sondern z.B. auch in motorischen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten eingeschränkt sind, scheint logisch, findet aber leider immer noch zu wenig Beachtung in der Betreuung und auch in der ärztlichen Behandlung.

Der entwicklungspsychologische Ansatz scheint hier eine sinnvolle Erweiterung unseres Verständnisses zu sein und lenkt unseren Blick auf vorhandene Fähigkeiten.

Die emotionale Entwicklung

Menschen mit geistiger Behinderung durchlaufen die gleichen Entwicklungsphasen wie alle Menschen. Der Unterschied ist, dass diese Entwicklung immer auch in Wechselwirkung von kognitiven und motorischen Fähigkeiten stattfindet, sich dadurch also häufig langsamer, unvollständig oder inhomogen vollzieht.

Um sich psychisch gesund zu entwickeln und wohlzufühlen, ist es nicht wichtig, besonders weit in der emotionalen Entwicklung zu sein. Vielmehr kommt es auf die Ausgewogenheit der einzelnen Entwicklungsbereiche an. So kann z.B. ein 35-jähriger Mann mit mittelgradiger Intelligenzminderung (IQ 55, Referenzalter von 3–6 Jahren) durchaus ein glückliches und psychisch gesundes Leben führen, wenn er ein sozio-emotionales Alter von ca. 5 Jahren erreicht hat – im Gegensatz



zu einem Menschen, der das gleiche kognitive Niveau vorweist, jedoch in seiner sozio-emotionalen Entwicklung nur die Fähigkeiten eines 2-Jährigen entwickeln konnte (z.B. weil er ein ressourcenarmes Elternhaus oder eine tiefgreifende Entwicklungsstörung aus dem autistischen Spektrum hat).

Um eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen und die Betreuung bedarfsgerecht zu gestalten, sollte also neben dem kognitiven auch immer das emotionale Niveau berücksichtigt werden. Leider ist das Wissen hierüber in den Unterstützungssystemen der Behindertenhilfe noch nicht sonderlich verbreitet. Der Stand der emotionalen Entwicklung hat nachvollziehbarerweise unmittelbaren Einfluss darauf, wie der Mensch betreut und betrachtet werden sollte. So sollte z.B. im Bereich der frühen Entwicklungsstufen (ca. 0–3 Jahre) trotz aller erwachsenen Distanzierung auf das Bedürfnis nach Körperkontakt Rücksicht genommen werden, im emotionalen Entwicklungsalter von 2–4 Jahren sollte der Autonomie-Symbiose-Konflikt Anerkennung finden (z.B. Regeln als Struktur vorgeben, aber Machtkampf und Entzug von Zuwendung bei Regelverletzung vermeiden).

Was hat das nun mit der Diagnostik psychiatrischer Störungen zu tun?

Sie werden in der medizinischen Fachliteratur häufig auf die gängige Aussage treffen, dass Menschen mit Intelligenzminderung 3–4-mal häufiger an psychischen Störungen leiden als sogenannte Normintelligente. Was das Vorliegen psychiatrischer Diagnosen betrifft, ist dies sicher richtig. In der Praxis stoßen wir jedoch immer wieder auf Patienten, die aufgrund von auffälligem Verhalten durch psychiatrische Fachärzte eine Diagnose erhalten, die bei genauerem Hinsehen fragwürdig erscheint und deren Verhalten und Symptome auch anders erklärbar wären. Symptomkataloge psychiatrischer Störungen sind vor allem bei nicht verbalisierungsfähigen Menschen oft wenig aussagefähig. Durch die Unfähigkeit, sich verbal mitzuteilen, sind somatische Ursachen natürlich immer zuerst abzuklären. In der Diagnostik nimmt die Fremdanamnese und die Verhaltensbeobachtung einen hohen Stellenwert ein – je stärker die geistige Behinderung, umso weniger sind Selbstauskünfte für die Diagnostik verwertbar.

Vor der fachärztlichen Diagnostik einer psychischen Störung sollten Sie neben dem Intelligenzquotienten (als Anhaltspunkt für den kognitiven Entwicklungsstand) eine Erhebung des emotionalen Reifegrades anregen bzw. durchführen. Viele für uns zunächst unerklärbare und auffällige Verhaltensweisen können hierdurch verständlich oder sogar als Ressource erkannt werden. Zur Diagnostik des sozio-emotionalen Entwicklungsstandes können z.B. Instrumente wie das „Schema der emotionalen Entwicklung“ (Dosen 2006) oder das als validiertes Manual vorliegende Instrument „Skala zur Einschätzung des sozial-emotionalen Entwicklungsniveaus“ (Hoekman et al. 2012) eingesetzt werden.

Grundsätzlich kann man sagen, dass eine Diskrepanz zwischen kognitivem und emotionalem Entwicklungsniveau zu auffälligem Verhalten und auch zu psychischen Störungen führen kann.

Auffälliges Verhalten vor dem Hintergrund des emotionalen Entwicklungsstandes

Erkennen adäquaten Verhaltens bei ausgeglichenem kognitivem und emotionalem Niveau

Sie können bei Menschen mit geistiger Behinderung Verhalten beobachten, das Ihnen zunächst auffällig erscheinen mag, aber keiner medikamentösen Behandlung bedarf, weil es einfach ein Verhalten darstellt, das bei dem vorliegendem Entwicklungsniveau zu erwarten ist.

Hierzu können z.B. stereotype Bewegungen oder auch Schmieren mit Exkrementen bei niedrigem emotionalem Entwicklungsstand gehören. Zeigt ein Mensch mit schwerster geistiger Behinderung ein solches Verhalten, könnte dies natürlich nach Abklärung aller somatischen Ursachen als eine adäquate Ausdrucksweise diskutiert werden. Dieser Mensch braucht dann natürlich keine pharmakologische Behandlung, sondern ein passendes pädagogisches Betreuungskonzept, das seine Bedürfnisse auf dieser Entwicklungsstufe berücksichtigt (z.B. regelmäßiges Snoezelen, basale Stimulation, Beschäftigung mit amorphen Massen wie Matsch oder Rasierschaum).

Gleiches kann z.B. bei oppositionellem und stark klammerndem Verhalten in der Phase des Autonomie-Symbiose-Konfliktes gelten. Diese Menschen sind oft sehr herausfordernd im Alltag. Die Betreuer dieser Menschen sind häufig von ihrem Verhalten gestresst, da es zu vielen Konflikten im Gruppenleben kommen kann. Der Ruf nach einer wirksamen Medikation ist verständlich, aber ethisch fragwürdig. Regen Sie lieber eine Diskussion über ein adäquates pädagogisches Konzept an, bei dem Zuwendung und Strukturgebung als zwei Seiten einer Medaille gesehen werden, anstatt sedierende Medikamente zu verabreichen.

Insgesamt wäre wünschenswert, dass bei einem ausgeglichenen emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand Verhaltensauffälligkeiten nicht als störend gewertet, sondern als adäquate Ausdrucksweise angenommen werden.

Erkennen auffälligen Verhaltens als Ausdruck einer Diskrepanz zwischen kognitivem und emotionalem Niveau

Besteht zwischen der kognitiven und der emotionalen Entwicklung eine auffällige Diskrepanz, sind oft stark ausgeprägte Verhaltensweisen zu beobachten. Dieses innerpsychische Ungleichgewicht findet z.B. Ausdruck in teilweise erheblich selbst- und fremdaggressivem Verhalten. Eine Erhebung des Ist-Standes (IQ-Test und Erhebung des emotionalen Entwicklungsniveaus) liefert Ihnen Erklärungsansätze, wie mit diesem Menschen umzugehen ist. Ziel sollte es sein, die emotionale Entwicklung zu fördern, sodass eine Annäherung zur kognitiven Entwicklung erfolgt. Dies bedeutet zunächst, die emotionalen Bedürfnisse auf dem vorliegenden Niveau zu berücksichtigen und zu befriedigen, auch wenn es vielleicht fremd erscheint, einem Menschen mit leichter Intelligenzminderung ein Übergangsobjekt zur Verfügung zu stellen, um Situationswechsel zu meistern, in denen er bisher vor lauter Angst und Anspannung anfing, sich selbst zu verletzen.



Um die Symptome zu reduzieren, kann hier eine pharmakologische Unterstützung sinnvoll sein: insbesondere bei stark aggressivem Verhalten, um weitere Verletzungen zu vermeiden, aber auch um z.B. den Verlust eines Wohnplatzes zu verhindern. Achten Sie jedoch darauf, dass diese Therapie nicht die einzige und möglichst zeitlich begrenzt bleibt. Sie sollte vielmehr als Eintrittstor für psychotherapeutische und pädagogische Interventionen genutzt werden. Diese Methoden brauchen Zeit, um zu wirken, diese Zeit gilt es ohne weitere Katastrophen zu überbrücken.

Erkennen auffälligen Verhaltens als Symptom einer psychischen Störung auf vorliegendem emotionalem Entwicklungsniveau

Hier findet der Psychiater seine wohl größte Herausforderung in der Behandlung dieser Patientengruppe. Beachten Sie, dass Sie bei Menschen mit Intelligenzminderung oft auf Symptome treffen, die sich von gängigen Symptomkatalogen psychiatrischer Diagnosestellung unterscheiden. Insgesamt ist davon auszugehen, dass Symptome auf dem vorliegenden emotionalen/kognitiven Niveau ausgedrückt werden.

So kann z.B. bei neurotischen Störungen eine Abgrenzung schwierig werden: Ab wann gilt ein zwanghaftes Verhalten als Symptom mit Krankheitswert?

Wenn man die emotionale Entwicklung berücksichtigt, die z.B. ein gewisses Maß an anankastischem Verhalten in bestimmten Entwicklungsstadien mit sich bringt, verschieben sich die Bewertungsmaßstäbe. Maßstab ist nicht das Verhalten der sogenannten Normentwickelten, sondern der individuelle Entwicklungsstand des Patienten. Stellen Sie immer wieder die Frage, wer hier einen Leidensdruck hat. Ist es der Patient selbst oder sein Umfeld. Nun sollten Sie im Interesse des Patienten entscheiden, ob eine psychopharmakologische Behandlung angemessen ist. Natürlich kann auch hier ein Entscheidungskriterium sein, dass der Verlust eines guten Wohn- oder Beschäftigungsplatzes im Raum steht – aber eben nicht ausschließlich.

Ähnliche Diskussionen sollten Sie bei der Diagnosestellung psychotischer Störungen führen. Sicher wird ein Mensch mit schwerer Intelligenzminderung keine komplexen Wahnsysteme bilden können, jedoch könnte er Angst verursachende Phoneme hören oder unangenehme Leibesempfindungen spüren. Um Ich-Störungen zu entwickeln, bedarf es zunächst der Entwicklung eines Ichs – was bei frühen Entwicklungsstadien durchaus kontrovers diskutiert werden kann.

Kommen Sie bei allen Abwägungen zu dem Schluss, dass eine psychopharmakologische Behandlung bei vorliegenden Symptomen gerechtfertigt ist, dann scheuen Sie sich nicht vor der angemessenen Eindosierung eines geeigneten Medikamentes mit einem hoffentlich guten Ergebnis in Form einer gesteigerten Lebensqualität des Patienten.

Aber bleiben Sie kritisch – insbesondere, wenn Ihnen Patienten mit vielen verschiedenen hochdosierten Präparaten über den Weg laufen.

Schlussbetrachtung

Wie Sie sehen, führt der entwicklungspsychologische Blick zu einer erweiterten Diskussion um die Diagnosestellung psychiatrischer Störungen. Eine eindeutige Diagnose werden Sie bei der Patientengruppe mit zunehmender Intelligenzminderung weniger häufig treffen können als bei sogenannten Normintelligenten. Der Blick auf die emotionale Entwicklung bedeutet jedoch eine enorme Erweiterung der Betrachtungsweisen und der nichtmedikamentösen Behandlungsmöglichkeiten. Neben den in der Allgemeinpsychiatrie gängigen psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmethoden gewinnen hier auch pädagogische und heilpädagogische Interventionen an Bedeutung.

Die entwicklungspsychologische Sicht auf Menschen birgt immer die Gefahr, sie wieder wie Kinder zu behandeln. Achten Sie darauf, dass Sie auch bei dieser Patientengruppe in Bezug auf Wertschätzung und Selbstbestimmung die Maßstäbe des gesellschaftlichen Umgangs mit Erwachsenen anlegen. Erweitern Sie Ihren Begriff von „Erwachsen sein“ hin zu „Erwachsen sein mit kindlichen Bedürfnissen“.

Beispiel aus der Praxis

Ein junger Mann (schwer geistig behindert, nicht sprechend) schaut auffällig oft und langanhaltend in die Ecke seines Zimmers und lautiert dabei.

Mögliche Erklärungsansätze:

- Es ist ein Zeichen für optische Halluzination als Symptom einer paranoiden Schizophrenie.
- Er verfolgt als Ausdruck autismusspezifischen Verhaltens gebannt die Lichtreflexe, die durch die Bäume aus dem Garten in seinem Zimmer verursacht werden.
- Er verfolgt die Lichtreflexe, weil er auf einer niedrigen emotionalen Entwicklungsstufe von diesem optischen Reiz fasziniert ist.

Jeder der 3 Erklärungsansätze hätte verschiedene Auswirkungen auf die Behandlung und Betreuung dieses Menschen. Und nur bei Ersterem wäre eine Behandlung durch den Psychiater notwendig.

Literaturempfehlung

Dosen A (2006) Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung, Hogrefe Verlag Göttingen

Hoekman J, Miedema A, Otten B, Gielen J (2012) Skala zur Einschätzung des Sozial-Emotionalen Entwicklungsniveaus. PITS B.V. Leiden

V. Fachteil Psychiatrie

1. Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz

Torsten Kratz

Gerade zu Beginn der psychiatrischen Ausbildung stellen Verhaltensänderungen von Menschen mit kognitiven Defiziten eine große Herausforderung für den klinischen Alltag dar. Demenzkranke erleiden, neben der Beeinträchtigung ihrer kognitiven Fähigkeiten mit zunehmendem Verlauf der Erkrankung, auch psychische Symptome. Gerade diese fordern jedoch häufig eine ärztliche Intervention. Häufig werden diese psychischen Symptome im Rahmen einer Demenz als Verhaltensauffälligkeiten oder nicht-kognitive Symptome bei Demenz bezeichnet. Abzugrenzen sind davon organisch-affektive und organisch-wahnhafte Störungen bei Demenz.

Ursachen der Verhaltensstörungen bei Demenz

Demenzpatienten entwickeln in Abhängigkeit vom Demenztyp unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten. Eindrücklich sind dabei produktive Symptome (Wahn, Aggressivität und Enthemmung), genauso häufig treten jedoch auch reaktive Symptome (Depressivität, Apathie, Nichtaufnahme von Nahrung) auf. Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der Demenz können Teil der Demenzerkrankung sein (z.B. bei der Lewy-Körperchen-Demenz). In den meisten Fällen sind sie jedoch Ausdruck einer somatischen oder psychischen Komorbidität.

Häufige Ursache für Aggressivität, Unruhe und Enthemmung im Rahmen einer Demenzerkrankung sind Schmerzen (z.B. unerkannte Frakturen nach Stürzen

oder eine unbehandelte Osteoporose). Eine nicht sitzende und scheuernde Zahnprothese kann ebenfalls diese Symptome hervorrufen. Oft finden wir Digitalis- und Neuroleptikaüberdosierung sowie zahlreiche internistische Erkrankungen, wie Hypothyreose und Diabetes mellitus, aber auch Harnwegsinfekte oder eine Pneumonie als Ursache für die Auslösung von Verhaltensstörungen bei Demenz.

Der häufig verwendete Begriff der „Nahrungsverweigerung" sollte heute nicht mehr verwendet werden. Bei der Nichtaufnahme von Nahrung sollte an eine Schluckapraxie, eine Dysphagie oder eine somatische und/oder psychiatrische Komorbidität gedacht werden. Eine der häufigsten Ursachen für die Nichtaufnahme von Nahrung im Rahmen einer Demenzerkrankung ist eine Helicobacter-pylori-Besiedlung der Magenschleimhaut. Auch Digitalis- und Psychopharmakaüberdosierung, insbesondere jedoch eine Polypharmazie, können für die Nichtaufnahme von Nahrung verantwortlich sein.

Auch sind Bestehlungs-, Einbruchs- und Eifersuchtswahn häufige Symptome im Rahmen einer Demenz. Sie können Ausdruck eines fortschreitenden neurodegenerativen Prozesses sein, aber auch im Rahmen kognitiver Fehlwahrnehmung verstanden werden. So kann ein Patient, der nur noch unzureichend hören und sehen kann, durchaus Schatten oder Geräusche fehlwahrnehmen und dann eine scheinbare Wahnsymptomatik entwickeln. Auch die unbewusste, aber kontinuierliche Konfrontation mit den Defiziten eines Demenzkranken führt zu Verhaltensstörungen. So können Aggressivität oder Apathie die Folge sein.

Im Mittelpunkt des Umgangs und der Behandlung mit Verhaltensstörungen bei Demenz steht zunächst die Eruierung der eigentlichen Ursache. In den meisten Fällen findet sich eine somatische Komorbidität, sodass die Behandlung der Verhaltensstörung im Rahmen der Demenz eine Behandlung der somatischen Komorbidität darstellt. Insgesamt ist ein Therapiekonzept notwendig, das medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren miteinander vereinbart.

> Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz gehen häufig auf eine zusätzliche organische Erkrankung zurück, wie z.B. einen Harnwegsinfekt oder eine Exsikkose. Es gilt, zunächst die organische Ursache zu finden und zu behandeln.

Diagnostik und medikamentöse Therapie

Zunächst sollte eruiert werden, welcher Demenztyp vorliegt. Danach ist es notwendig, eine medikamentöse Basistherapie zur Behandlung der Demenzerkrankung auszuschöpfen. Erst dann sollte eine symptomatische Behandlung der Verhaltensstörung erfolgen. Eine symptomatische Behandlung von Aggressivität, Unruhe und Enthemmung kann durchaus mit einem hochpotenten Neuroleptikum erfolgen. Mittel der Wahl ist hierbei Risperidon. Reaktive Symptome, wie Depression, sozialer Rückzug, Apathie und Angst, können mit Mitteln zur Stimmungsaufhellung, Anxiolyse und Antriebssteigerung behandelt werden. Mittel der Wahl sind hierbei die Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI).



Nicht-medikamentöse Therapieansätze

Wesentlicher Grundsatz nicht-medikamentöser Therapieverfahren ist nicht nur die Behandlung des Patienten selbst, sondern die Einbeziehung des Umfeldes (Angehörige und Pflegekraft). Grundsatz ist hierbei das ressourcenorientierte Vorgehen. Anders als mit anderen Patientengruppen, mit denen verlorengegangene Fähigkeiten neu erlernt oder beübt werden, ist zur Vermeidung von Verhaltensstörungen im Rahmen der Demenz ein Paradigmenwechsel notwendig. Nur die Fähigkeiten werden beübt, die noch gut ausgeführt werden können. Die nicht mehr erhaltenen Fähigkeiten werden ausgeblendet, da im Rahmen der Demenzerkrankung Lernen und Erinnern gestört sind, sodass ein Betroffener keine Fähigkeiten neu erlernen kann. Sollte man dies trotzdem versuchen, werden Verhaltensstörungen die Folge sein.

Basis der nicht-medikamentösen Therapieverfahren sind das Aufklärungsgespräch mit Angehörigen und Patienten sowie die Biographiearbeit. Nicht-medikamentöse Therapieverfahren müssen auf die entsprechende Biographie des Betroffenen abgestimmt werden. Behandlung und Hilfen liegen in der Aufrechterhaltung alltagspraktischer Fertigkeiten und der Förderung der erhaltenen Kompetenz. Darüber hinaus liegen psychologische Therapieansätze, milieutherapeutische Interventionen, die Unterstützung pflegender Bezugspersonen und verschiedene Strategien zur kognitiven Aktivierung vor. Insbesondere sind spezifische Stimulationsverfahren, wie die Erinnerungstherapie (Reminiszenztherapie), die Selbsterhaltungstherapie nach Romero (SET) sowie das Kommunikationstraining hilfreich. Direkt intervenieren kann man über Milieugestaltung, Soziotherapie, Angehörigenarbeit, Musik-, Ergo- und Kunsttherapie.

Defizitorientiertes Vorgehen fördert Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz. Anders als bei anderen psychiatrischen Erkrankungen erfolgt die Beübung der noch vorhandenen Leistungen. Nicht mehr vorhandene Funktionsfähigkeiten (z.B. das Gedächtnis bei der Alzheimer-Demenz) werden nicht beübt.

An psychotherapeutischen Verfahren kommen insbesondere kognitive Ansätze sowie die Validation zum Einsatz. Milieutherapeutische Interventionen geben dem Demenzkranken Orientierungshilfe, eine überschaubare Tagesstruktur sowie eine Konstante in Bezug auf die betreuenden Personen. Validation ist im engeren Sinne kein psychotherapeutisches Verfahren, aber eine notwendige Grundhaltung. Dabei muss es gelingen, in die Gefühlswelt des Demenzkranken hineinzufühlen, diese zu benennen und für gültig zu erklären. Die dadurch entstandene Nähe und das Vertrauen vermitteln Sicherheit, die wiederum zur Stärkung der emotionalen Gefühlswelt des Demenzkranken beiträgt und somit eine Reduktion von Verhaltensstörungen im Rahmen der Demenz erzielt.

Literaturempfehlung

Kratz T (2011) Konsil- und Liaisonpsychiatrie bei Demenz. In: Förstl H (Hrsg.) Demenzen in Theorie und Praxis. 395–418. 3. Auflage. Springen Medizin Verlag Heidelberg

Kratz T (2012) Verhaltensstörungen bei Demenz. In: Wallesch CW, Förstl H (Hrsg). Demenzen. 303–315, 349–351. 2. Auflage. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York

2. Sind Abhängigkeitskranke denn überhaupt glaubwürdig?

Reto Gantenbein

Der Weg in eine Abhängigkeitserkrankung ist häufig mit Lügen gepflastert: Die Abhängigen verstecken „den Stoff“ vor ihren Angehörigen, gegenüber dem Arbeitgeber wird ein Magen-Darm-Virus zur Erklärung der Fehlzeit vorgeschoben, die Trinkmenge wird mit „einem Bierchen“ verniedlicht, Ausfallerscheinungen und Kontrollverlust werden bagatellisiert und das Versprechen der Besserung gebrochen.

Lügenhaftes Verhalten kommt bei Suchtkranken häufig vor und kann zur Gewohnheit werden. Meist nimmt es im Laufe der Suchtkarriere zu und dehnt sich auf andere Lebensbereiche aus. Es nimmt bisweilen groteske Ausmaße an, Abhängigkeitserkrankte können scheinbar eiskalt und schamlos manipulieren. Lügen wird zu einem Symptom der Krankheit, zu einem Aspekt der suchtbedingten Persönlichkeitsveränderung.

Suchtkranke werden als unzuverlässig, unehrlich und unmoralisch empfunden. Gebrochene Versprechen, Schulden oder aggressives Verhalten belasten Beziehungen. Angehörige und Arbeitgeber wenden sich ab, Freunde ziehen sich zurück und für die Abhängigkeitserkrankten bleibt die soziale Isolation oder das Milieu anderer Abhängiger.

Aber da ist auch eine andere Seite der Medaille ...

Doch auch die Suchtkranken werden belogen, von ihrem Suchtgedächtnis, das ihnen nach einigen trockenen Tagen „den Stoff“ wieder in den schillerndsten Farben schildert. Die Strapazen und Schmerzen der Entgiftung oder des „Katers“ verblassen und die Beteuerung „Ich trinke nie wieder!“ wird in den Hintergrund gedrängt. Das Suchtgedächtnis erinnert sich nur an die schönen Teilaspekte des Konsums, die Entspannung, die Freude, die Belohnung, die Gemeinsamkeit und den Spaß. Das Suchtgedächtnis und Schlüsselreize, wie die Bierwerbung, der

Geruch eines Steaks vom Grill, das Ploppen, wenn die Flasche entkorkt wird oder die Geräusche aus der Eckkneipe lösen beim suchtkranken Menschen dieses starke, fast unwiderstehliche Verlangen aus, weil mit dem Konsum die Erinnerung an die „besseren Tage" und an Fröhlichkeit verbunden sind.

Zu diesen fast untrennbaren Verbindungen gehören auch der Kaffee und die Zigarette am Morgen, der Feierabend, die Entspannung, die Belohnung und das Bier, der Frust und der Schnaps.

Dies führt zu einer ausgesprochen ungünstigen Behandlungssituation, Suchtkranke fühlen sich unverstanden, alleingelassen, minderwertig und in hohem Maße abhängig von einer Gesellschaft, zu der sie nicht mehr gehören. Sie haben keine Aufgabe mehr und werden nicht gebraucht, fühlen sich den Sanktionen des Jobcenters ausgeliefert. Sie haben den Eindruck, chronisch zu kurz zu kommen, ohne Zugehörigkeit zu einem verlässlichen sozialen Umfeld.

Abhängigkeitserkrankte haben den Glauben und die Hoffnung verloren, selbst ihr Schicksal beeinflussen zu können, wirksam in ihr Leben einzugreifen und selbstbestimmt ihren Weg zu gehen. Suchtkranke Menschen haben das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl verloren, sie sind nicht mehr Stolz auf eine eigene Leistung und glauben auch nicht mehr, dass sie diese selbst reproduzieren können. Versagen empfinden sie als persönliche Schuld, Erfolge hingegen werden dem Zufall zugeschrieben. Suchtkranke entwickeln häufig eine pessimistische, zynisch-sarkastische Haltung zu sich und der Welt.

Mit der Lüge versuchen Abhängige, eine Kontrollillusion aufrechtzuerhalten und der Angst vor Veränderung zu begegnen. Mit der Kraft und der Wahrnehmungsveränderung durch das Suchtmittel verharren Süchtige starr und unflexibel in ihrem Schema, denn Krankheitseinsicht hieße, das eigene Scheitern einzugestehen und – ohne glaubwürdigen Alternativplan – in eine Sinn- und Orientierungskrise zu fallen.

Suchtkranke belügen vor allem sich selbst und damit wird die Glaubwürdigkeit und das lügenhafte Verhalten von suchtkranken Menschen zu einem zentralen Punkt in der Behandlung: Es ist ein Aspekt der Dynamik der Suchterkrankung und symbolisiert oft den (unbewussten) Zweifel am Erfolg.

Um eine Abhängigkeitserkrankung zu bewältigen, wären aber Zuversicht, Glaube an die eigenen Fähigkeiten und vor allem die Kraft, Rückschläge zu überwinden, notwendig.

Wie kann sich der Arzt in diesem Spannungsfeld zurechtfinden?

Auch Sie als Arzt werden mit der Glaubwürdigkeit von Suchtkranken konfrontiert. Das beginnt bereits mit (oft berechtigten) Zweifeln, ob die in der Rettungsstelle beschriebene Suizidalität tatsächlich besteht oder nur vielleicht dazu dient, eine stationäre Aufnahme zu erzwingen.

Vor allem aber Patienten, die mit augenscheinlich wiederkehrenden Mustern rückfällig werden, die bereits vermittelte Bewältigungsstrategien nicht konsequent umsetzen und den Abstinenzanspruch offensichtlich nicht erfüllen, können bei Ihnen zu Ärger, Frust oder gar Resignation führen.

Diese Gefühle sind im Umgang mit Suchtkranken typisch. Gleichzeitig ist es für den Suchtpatienten von ganz besonderer Bedeutung, dass Sie ihm seinen Änderungswunsch dennoch glauben.

Aus diesen Gründen ist es für Sie wichtig, dass Sie sich Ihrer Zweifel bewusst sind und versuchen, die Einzel- und Gruppengespräche motivierend und einladend zu gestalten. Idealerweise schaffen Sie für den Patienten Schlüsselerlebnisse und Erkenntnisse so, dass dieser sie sich selbst erarbeiten muss. Eine Erfahrung aus der langfristigen Behandlung in der ambulanten Eingliederungshilfe ist, dass bei chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen (CMA) vor einer nachhaltigen Abstinenz eine Reihe von stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen stehen. Diese entfalten ihre Wirkung häufig erst, wenn der Patient außerhalb des geschützten Rahmens und mit ambulanter Unterstützung eine für sich lohnende Lebensperspektive erschafft und sich selbstgestellte Ziele setzt sowie über selbstwirksame Bewältigungsstrategien verfügt.

Zielsetzung und Behandlungsstrategie

Ehrlichkeit, offener Umgang mit der Sucht und Krankheitseinsicht sind eine notwendige Basis für eine nachhaltig erfolgreiche Behandlung. Diese lässt sich am besten in einer Atmosphäre erarbeiten, in der sich der Patient verstanden, ernstgenommen und akzeptiert fühlt. In der er gemeinsam mit anderen Betroffenen in Gruppenarbeit versucht, Ursache und Wirkung verstehen, sich Ziele setzt, Pläne schmiedet und selbstwirksam umsetzt und dabei Methoden der Selbstmanagementtherapie und der Selbstkontrolle erlernt.

Ziele muss der Patient selbst erarbeiten, da er nur eigene Ziele umsetzen wird. Bewährt haben sich dabei die Methoden der „Motivierenden Gesprächsführung".

Was „Patientenzentrierte, zieloffene Suchtarbeit" bedeutet

- Sprechen Sie ergebnisoffen mit dem Patienten über das Ziel, das ihm vorschwebt.
- Setzen Sie den Abstinenzanspruch bewusst ein.
- Gehen Sie geschmeidig vor im Sinne der motivierenden Gesprächsführung, fragen Sie nach Erfolgen, nach funktionierenden Strategien.
- Akzeptieren Sie das Behandlungsziel, das der Patient – nach Abwägung der Alternativen – für sich wählt.

Führen eines zieloffenen Dialogs

- Bringen Sie die Zielfrage einladend ins Gespräch und lassen Sie die Verantwortung beim Patienten: „Was führt Sie hierher?", „Warum gerade jetzt? Warum gerade hierher?" „Was glauben Sie, muss ich (momentan) noch wissen, um Ihr Problem gut verstehen zu können?"
- Erkunden Sie die vom Patienten gewünschte Veränderung wertungsfrei und kunstfertig: „Wenn diese Behandlung hilfreich für Sie wäre, was ist ein (erstes kleines) Zeichen dafür in der nächsten Woche? Was ist dann anders? Woran werden Sie das merken?"

- Unterstützen Sie den Patienten bei der Formulierung „wohlgeformter“ Ziele: „Wie sieht Ihr Notfallplan konkret aus?“, „Woran würden Sie merken, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?“, „Woran würde Ihr Partner feststellen, dass ...?“
- Fragen Sie nach Ausnahmen und Erfolgen (solution-talk): „Wann haben Sie es geschafft, dem Suchtdruck zu widerstehen?“ und vertiefen Sie die Ausnahmen: „Wann? Was? Wo? Wer (hat’s noch bemerkt)?“
- Fragen Sie nach Ressourcen und machen indirekte Komplimente: „Wie haben Sie das geschafft?“, „Wie haben Sie das entschieden?“
- Unterstellen Sie Kompetenz: „Woher wussten Sie, dass es nicht gut ist, noch ein 8. Bier zu trinken?“
- Lassen Sie den Patienten Interventionen erfinden und komplimentieren diese „wie aus dem Lehrbuch“, stellen Sie Bezüge zu Standardmethoden her.
- Bringen Sie eigene Überlegungen ohne Richtigkeitsanspruch bzw. „Rechthaberreflex“ ein.

Vorteile

- Der Patient wird und fühlt sich ernst genommen.
- Dadurch werden ehrliche Aussagen begünstigt.
- Kraft zehrende Überzeugungsversuche und vermeidbare Enttäuschungen erübrigen sich.
- Die Behandlung kann mit gemeinsam getragenen Zielvereinbarungen beginnen.
- Der Patient kann aus eigener Erfahrung heraus Zielveränderungen vornehmen, wenn sich das gewählte Ziel auf Dauer als unrealistisch oder unerwünscht erweisen sollte.
- Erfolge sind in der Regel in mindestens einer Zielgröße garantiert – und nichts motiviert mehr als der eigene Erfolg (gerade bei chronischem „Versagen“).
- Erfolge entfalten besondere Strahlkraft, wenn sie vom Therapeuten gewürdigt werden.
- Selbstwirksamkeits- und Selbstwerterleben werden gestärkt.

Erscheint Ihnen und Ihrem Patienten die Abstinenz als kurzfristiges Ziel unrealistisch, so lassen sich nach der beschriebenen Methode diverse Meilensteine auf dem Weg zur Abstinenz als Ziele erarbeiten:

- regelmäßige Anbindung an das ambulante Suchthilfesystem
- vermeiden, dass der Patient zum Drehtürpatienten wird
- geplante statt „dramatische“ ungeplante stationäre Aufnahmen
- Selbstkontrolle steigern bzgl. der Abhängigkeit und weiterer Lebensbereiche
- Konsumreduktion, Verlängerung von Abstinenzphasen
- selbständiges Unterbrechen von Rückfällen

Die therapeutische Haltung sollte der negativen Selbstwahrnehmung der Patienten entgegenwirken, wertschätzend und motivierend sein, aufrichtig interessiert an

den individuellen Bedeutungskonstruktionen und offen für ungewöhnliche Ideen, Ziele und auf den ersten Blick „dysfunktionale" Lösungswege.

Der Patient bleibt verantwortlich für den Erfolg der Behandlung ebenso wie für den Konsum, die Begleiterkrankungen, den Rückfall und dessen Bewältigung und für die Folgen des lügenhaften Verhaltens.

Der Respekt vor der gesamten Persönlichkeit des Patienten mit seinen ambivalenten Anteilen, das Vertrauen in die Ressourcen und „Expertise" des Patienten und der Optimismus des Behandlers bezüglich der prinzipiellen Verbesserbarkeit der Lage bilden die Basis der therapeutischen Beziehung und ermöglichen die Verantwortungsübergabe zurück an den Patienten.

Ambulante Weiterführung der Behandlung

Setzen auch Sie sich als Behandler ein realistisches Ziel, unser Vorschlag ist: „Der Patient soll zum Ende der stationären Behandlung einen persönlichen und glaubwürdigen Plan haben, die Anlaufstellen für die ambulante Weiterbehandlung kennen und motiviert sein, diese auch aufzusuchen."

Zwei Beispiele der modernen ambulanten Suchttherapie

Die „Gemeindeorientierte Suchttherapie" (CRA-Community Reinforcement Approach) als umfassendes verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept berücksichtigt im Besonderen die Lebenssituation und Lebensperspektive suchtkranker Menschen und die Wirkung von positiven Verstärkern. Als Verstärker dienen, den subjektiven Wertsetzungen der Patienten folgend, vor allem positive Veränderungen in den Bereichen Partnerschaft und Familie, Arbeit und Freizeit und Wohnraum. Das Ziel der CRA-Behandlung ist es, dem Patienten die überzeugende Erfahrung zu vermitteln, dass ein abstinenter Lebensstil attraktiver ist als der Konsum von Rauschmitteln.

Ambulante Entwöhnungsbehandlung als Alternative zur stationären Langzeittherapie ist eine suchttherapeutische Rehabilitationsmaßnahme mit dem Ziel der Sicherung und Stabilisierung der Abstinenz sowie dem Erhalt oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Die Behandlung umfasst einen Zeitraum von maximal 18 Monaten und besteht aus wöchentlichen Einzel- und Gruppentherapiesitzungen. Die ambulante Therapie wird in den Alltag der Patienten integriert, das gewohnte Lebensumfeld bleibt erhalten und der Patient kann während der Therapie weiter arbeiten. In Berlin wird die Ambulante Entwöhnungsbehandlung durch die Stiftung SPI angeboten. Einen Überblick über die Ambulante Entwöhnung und weiteren Behandlungsangeboten der ambulanten Suchthilfe finden Sie auf der Homepage http://suchthilfe.tips.

- Lassen Sie den Patienten eigene Ziele für die ambulante Weiterbehandlung erarbeiten und schließen Sie mit ihm auf dieser Basis die Behandlungsvereinbarung.
- Erarbeiten Sie mit dem Patienten realistische und kleinschrittige Zwischenziele.

- Unterstützen Sie die Ideen des Patienten bei der Behandlungsplanung.
- Lassen Sie den Patienten während der stationären Behandlung erste Teilziele umsetzen und verstärken Sie erste Erfolgserlebnisse.

Literaturempfehlung

Meyers RJ, Smith JE (2011) CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. 4. Aufl. Psychiatrie Verlag Köln

Miller WR, Rollnick S (2009) Motivierende Gesprächsführung. 3. Aufl. Lambertus Freiburg

3. Milieutherapie und Ansätze aus der Soteria – Wie gestalte ich das Umfeld therapeutisch?

Eric Hahn und Albert Diefenbacher

Die psychiatrische Behandlung fußt auf *drei grundlegenden Therapiesäulen*, die insbesondere bei stationären Behandlungen schwerer psychischer Erkrankungen individuell an die Symptomatik und Situation angepasst werden. Neben der auf der biologischen Psychiatrie beruhenden *Pharmakotherapie*, sind dies die *Psychotherapie* und die *Soziotherapie*. Letztere umfasst die Behandlung von psychischen Störungen durch die gezielte Beeinflussung von Milieufaktoren, u.a. durch Strukturierung des Tagesablaufes, Interaktionen zwischen Patienten, Behandlern und Angehörigen, aber auch ergo-, kunst-, musik- und arbeitstherapeutische Behandlungsansätze.

Beispielhaft für eine primär auf das therapeutische Milieu abzielende Behandlung stellt Ihnen dieses Kapitel zunächst die Grundeinstellungen der *Soteria* – einem milieutherapeutischen Ansatz für akute psychotische Störungen vor. Anschließend werden Möglichkeiten der Einbindung von „Soteria-Elementen" in die Versorgungsrealität auf allgemeinpsychiatrischen Akutstationen, insbesondere für Patienten mit Schizophrenien, aufgezeigt.

Was bedeutet Milieutherapie?

Milieutherapie beschreibt eine gezielte Gestaltung der Umgebungsvariablen und des Tagesablaufes, um einen gemeinsamen therapeutischen Prozess zu ermöglichen.

Der im Englischen oft synonym verwendete Begriff der „*social-therapy*" beinhaltete dabei die Ausweitung von Prinzipien von Gruppentherapien auf Aspekte des sozialen Milieus mit dem Ziel, die psychische Gesundheit der Patienten zu fördern. Ein Hauptziel der Milieutherapie stellt die Aufrechterhaltung einer positi-

ven und unterstützenden Atmosphäre durch einfühlsame und transparente Beziehungen zu den Behandlern in Kombination mit einer Vielzahl möglicher Einzelmaßnahmen dar. Fragen Sie bei Entlassung Ihre Patienten, was während des Aufenthaltes geholfen habe, werden Sie nicht selten Antworten wie: „der Austausch mit Mitpatienten“, „vertrauensvolle Gespräche auf Augenhöhe“, „nicht die einzige mit den Problemen zu sein“ und „Verständnis in der Gemeinschaft“ hören.

Die therapeutische Gemeinschaft

Verständnis und nicht wertende Kontaktmöglichkeiten als Wirkprinzipien wurden mit dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft bereits in den 40er-Jahren, zunächst in Großbritannien, beschrieben. Ausgehend von der humanistisch geprägten Weltanschauung, dass Interaktionen in einer Gemeinschaft therapeutisch wirksam sind, sollten auch die Beziehungen zwischen Patienten untereinander und dem therapeutischen Team reflektiert und bewusst gestaltet werden. Hintergrund war die Suche nach Alternativen der gängigen psychiatrischen Behandlung in psychiatrischen Großkrankenhäusern bzw. „Anstalten“. Eine spezifische antipsychotische wirksame Medikation, die eine der Voraussetzungen der Psychiatriereform und der Gemeindepsychiatrie war, stand erst Jahre später, frühestens ab 1953 zur Verfügung.

Die Grundideen der therapeutischen Gemeinschaft basieren auf gruppenpsychoanalytischen, lerntheoretischen und sozialpsychologischen Konzepten, wobei Werte wie Offenheit, Übernahme von Eigenverantwortung mit dem Ziel einer individuellen Entwicklung im Vertrauen auf die Gemeinschaft geteilt werden. Viele heute selbstverständliche Haltungen in klinisch-stationären, teilstationären und komplementären Behandlungsangeboten wie Partnerschaft aller Teammitglieder, gegenseitiges Lernen, Ressourcenorientierung und Fokussierung auf die individuellen Bedürfnisse von Patienten wurden bereits bei der Konzeptualisierung der therapeutischen Gemeinschaft vertreten.

Milieu in psychiatrischen Kliniken

Stationen und Tageskliniken mit spezialisierten sucht- oder psychotherapeutischen Angeboten, aber auch zur Behandlung neurokognitiver Störungen im Alter nutzen heutzutage Konzepte der Milieutherapie und der therapeutischen Gemeinschaft. Aber auch das Milieu in allgemeinpsychiatrischen Abteilungen, mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 25 Tagen, unterscheidet sich gegenüber dem Milieu auf somatischen Stationen:

Im Gegensatz zur somatischen Station werden psychiatrische Patienten ihren Tag nicht primär im Zimmer verbringen, um bspw. auf die nächste Untersuchung oder die Visite zu warten, sondern sie werden angehalten, an therapeutischen Aktivitäten nach einem individuell festgelegten Tagesplan teilzunehmen. Einige zentrale Elemente therapeutischer Gemeinschaften wie *Gemeinschaftsaktivitäten* (z.B. Gruppenvisiten am Morgen, gemeinsame Mahlzeiten im Gemeinschaftsraum statt im Zimmer, Wochenbesprechung zur Verteilung gemein-

schaftlicher Aufgaben), *multiprofessionelle Team-Sitzungen und Gruppentherapien* (z.B. Psychoedukationsgruppen, Depressionsgruppen, Essgruppen) werden Ihnen im klinischen Alltag immer wieder begegnen. Ein therapeutisches Milieu kann so Kommunikationsmöglichkeiten und gegenseitiges Verständnis fördern, um mit den Patienten ein Gefühl von Miteinander, einen Perspektivenwechsel und schließlich wieder eine Außenorientierung zu erreichen.

Kritik an der psychiatrischen Krankenhausbehandlung

In der Vergangenheit wurde das psychiatrische Milieu, insbesondere auf geschlossenen psychiatrischen Stationen mit dem Schwerpunkt auf Behandlung schizophrener Psychosen, ab Mitte der 60er-Jahre zunehmend kritisiert. Die breite Verfügbarkeit und die symptomatische Wirksamkeit hochpotenter Antipsychotika auf Positivsymptome mit den Leitsubstanzen Haloperidol (Europa) und Perphenazin (USA) bedingten teilweise eine einseitige Betonung von Medikation in der Behandlung von Schizophrenien. Behandlungsziele waren Symptomreduktion und medikamentöse Compliance, wobei im Vergleich zur aktuellen Pharmakotherapie oft sehr hohe Dosen üblich waren. Noch in den 80er-Jahren lag die mittlere Dosis bei 20–25 mg/d Haloperidol, wobei Patienten bei Hochdosistherapien mit Tagesdosen von über 100 mg Haloperidol behandelt wurden. Nebenwirkungen waren eine deutliche Sedierung, sekundär verstärkte Negativsymptome und extrapyramidal motorische Symptome.

Weitere Kritikpunkte bildeten die geringen Personalstellen, die langen Aufenthaltszeiten (2/3 der Patienten > 1 Jahr) in oft außerhalb von Städten und Gemeinden gelegenen großen psychiatrischen Krankenhäusern, wobei die Patienten in Vielbettzimmern oder Schlafsälen untergebracht waren. Die psychiatrischen Kliniken galten als hierarchisch strukturiert, Patienten wurden in Entscheidungsfragen kaum involviert und Selbstverantwortung oder Selbsthilfe spielten eine untergeordnete Rolle.

Vor diesem Hintergrund formierte sich die sogenannte Antipsychiatrie-Bewegung, die sich in ihrer Kritik vornehmlich gegen das Milieu in der damaligen institutionellen Psychiatrie, aber auch gegen die vorherrschenden Krankheitszuschreibungen und Behandlungsangebote richtete. Die Kritik richtet sich hauptsächlich gegen die Diagnose der Schizophrenie mit der, insbesondere in den USA, ein Großteil der Patienten in psychiatrischen Kliniken diagnostiziert war. Antipsychiatrische Gegenentwürfe zu einer biologisch-genetischen bedingten Genese, sahen die Ursache einer schizophrenen Symptomatik ausschließlich in den vorherrschenden gesellschaftlichen Strukturen, die durch das Milieu und die Kommunikationsstile in psychiatrischen Kliniken noch verstärkt würden. Ein Verdienst dieser kritischen Auseinandersetzung war, dass die Antipsychiatrie-Bewegung wichtige Impulse zu einer Verbesserung der Qualität und Reform der psychiatrischen Versorgung gegeben hat. So ist ab den 70er-Jahren das Konzept der *Soteria* entstanden. Es fordert zu gleichwertigen Beziehungen zwischen Behandlern und Patienten auf und beeinflusst insbesondere die Behandlung schizophrener Psychosen.

Soteria als milieutherapeutische Alternative

Mit der „Soteria" (griechisch: Rettung, Befreiung, Bewahrung) wollte der US-amerikanische Psychiater Loren Mosher Anfang der 70er-Jahre eine offene gemeindezentrierte wohngemeinschaftsartige Einrichtung außerhalb von tradierten Klinikstrukturen etablieren (Mosher 2011; Mosher et al. 2004).

Die Soteria war speziell für die Behandlung jüngerer, akut an schizophrenen Psychosen erkrankten Menschen entwickelt worden und verbindet Ansätze der therapeutischen Gemeinschaft mit einem familienartigen Milieu, in dem die Ziele der Patienten im Vordergrund stehen. Soteria bedeutete einen bewussten Gegenentwurf zur klassischen Krankenhausbehandlung. Diese, so die Annahme, sei geprägt durch eine von der Normalität weiter entfremdete, unstete und für die Patienten unberechenbare und teils durch Gewalt, Zwang und Angst charakterisierte Atmosphäre. Dazu würden ein häufiger Wechsel des Personals, unpersönliche und unübersichtliche Räumlichkeiten sowie ein Herausfallen aus gewohnten Umweltzusammenhängen oder Regeln des Zusammenlebens beitragen. Zudem werde das Selbstwertgefühl der stationären Patienten durch innere und äußere Stigmatisierung eines Aufenthaltes in der Psychiatrie, mögliche Zwangsmaßnahmen, Gewalt durch Mitpatienten und eine autoritäre Entscheidungsfindung ohne Mitsprachegelegenheit der Patienten weiter vermindert. In einer Zeit der angesprochenen antipsychotischen Hochdosistherapien mit teils erheblichen und irreversiblen Nebenwirkungen (insb. Spätdyskinesien) wurde die Soteria von Patienten, die auch Klienten genannt wurden, und Angehörigen tatsächlich als eine Befreiung verstanden.

Als Gegenperspektive zur vorherrschenden Behandlung in geschützten Großstationen kann eine Forderung nach einer weitgehend medikamentenfreien, aktiven mitmenschlichen 1:1-Begleitung während der psychotischen Krise („being-with") durch ein festes Betreuerteam mit tragenden Beziehungsangeboten in einer familienähnlichen Wohnatmosphäre (max. 10 Klienten) als revolutionäre Herausforderung etablierter Strukturen nachvollzogen werden. Eine im Rahmen der Soteria mit der Zeit akzeptierte antipsychotische Niedrigdosierung ist durchaus mit den heutzutage empfohlenen Niedrigdosierungen vergleichbar.

Die Behandlung wurde in drei Phasen gegliedert.

In der Akutphase hat die Stimuluskontrolle durch eine reizarme, sicherheitsvermittelnde Umgebung bei kontinuierlicher ruhiger und haltender („containing") Anwesenheit der Bezugsperson oberste Priorität. Durch einfühlendes Verständnis im Sinne einer Patienten-zentrierten Sichtweise wurde dem subjektiven Verständnis des psychotischen Erlebens wertungsfrei durch das „Dabei-Sein" Raum gegeben. Als entscheidender Wirkfaktor gilt die authentische zwischenmenschliche Begegnung. Medikamentös wurden bei Bedarf und Wunsch des Patienten Benzodiazepine und niedrigdosierte Antipsychotika eingesetzt.

In der Stabilisierungs- und Aktivierungsphase sollten insbesondere soziale und lebenspraktische Fertigkeiten aufrechterhalten werden. Vor dem Hintergrund, dass bei Schizophrenien automatische Handlungs- und Wahrnehmungsschemata sowie unbewusst eingeübte soziale Skripte wieder in ihre Bestandteile zerfallen, ist das Trainieren dieser Handlungen in einem zwischenmenschlichen alltagsnahen

Kontext von großer Bedeutung. Diese Orientierung auf Alltagsrelevanz und lebenspraktische Fertigkeiten durch ein in der Gemeinschaft sozial eingebettetes Lernen steht im Gegensatz zu den meisten stationären Therapieprogrammen, die dazu neigen, komplexe Handlungen aufzuspalten und in einem künstlichen Setting zu trainieren. Im Vordergrund der zweiten Phase stehen demnach Gemeinschaftsaktivitäten wie Kochen, Einkaufen, Tischdecken und Zimmer putzen oder Haus aufräumen. Die Zuteilung der Aufgaben erfolgt in gemeinschaftlichen Diskussionen, um die Selbstverantwortlichkeit und Selbstwirksamkeit zu stärken, wobei die mitwohnenden Betreuer ebenso Haushaltsaufgaben übernehmen.

Die Wendung zur Außenwelt und Entlassungsvorbereitung: Angehörige und nachbetreuende Personen werden noch stärker in die Behandlung und Entlassungsplanung eingebunden. Die Patienten werden explizit ermutigt, ihr soziales Leben in der gewohnten Alltagsumgebung stattfinden zu lassen. Das Erleben in der psychotischen Krise soll in die Lebenskontinuität und das soziale Netzwerk des Betroffenen eingefügt werden. Die Soteria selbst bleibt ein Teil dieser Alltagsumgebung, sodass Kontakte mit den Soteria-Betreuern und Mitbewohnern auch nach der Entlassung aufrechterhalten werden sollen.

Tabelle 12 fasst für Sie wichtige Kriterien für eine Soteria nach L. Mosher zusammen.

Tab. 12 Kriterien für eine Soteria basierend auf L. Mosher (Soteria-Netzwerk o.J.)

1. Setting	kleines, gemeindenahes, klinikexternes, auf Freiwilligkeit beruhendes Setting in einer heimartigen Umgebung, das Sicherheit und Schutz gewährt
2. soziales Umfeld	respektvolles, konsistentes und für den Patienten voraussagbares soziales Umfeld; Sicherheit gewährend, individuelle Stimuluskontrolle
3. soziale Struktur	Erhaltung von persönlicher Entscheidungsfreiheit und Autonomie, Förderung von gegenseitigen Beziehungen, geringe Rollendifferenzierung
4. Betreuer	neben den bekannten Berufsgruppen ist ein Einbezug von Angehörigen, geschulten Laien und ehemaligen Klienten möglich, berufsbegleitende Supervision aller Betreuenden; Stetigkeit des Personals
5. Beziehungen	zwischenmenschliche Beziehungen bilden das zentrale Element der Soteria, Akzeptanz und offener phänomenologischer Zugang zu psychotischem Erleben, aktives Dabeisein und gemeinsames Handeln, Verzicht auf Jargon und Etikettierung.
6. Therapie	alle Aktivitäten werden als potenziell „therapeutisch“ eingestuft. Therapien orientieren sich am Alltagsleben und sind ressourcenorientiert, „Mit-Tun“ und „Mit-Sein“ als Wirkfaktoren; keine formellen Therapiesitzungen mit Ausnahme von Familieninterventionen
7. Medikation	keine oder nur niedrig dosierte antipsychotische Medikation, um eine zu starke Dämpfung oder Unterdrückung von Emotionen zu vermeiden
8. Aufenthaltsdauer	ausreichend lang, um persönliche Beziehungen zu entwickeln und das psychotische Erleben in die persönliche Lebensgeschichte einzuordnen

9. Nachbetreuung	Beziehungen zwischen Betreuern und Klienten werden nach Entlassung ermutigt; Förderung von Netzwerken von Betroffenen zur Aufrechterhaltung oder Aufbau therapeutischer Gemeinschaftsstrukturen

Weiterentwicklung des Soteria-Konzepts im deutschsprachigen Raum

Der Soteria-Ansatz wurde im deutschsprachigen Raum, kurz nach Schließung der Soteria von L. Mosher in Kalifornien, durch den Psychiater Luc Ciompi 1984 zunächst in Bern eingeführt. Er erweiterte das Verständnis der Wirkprinzipien der Soteria bei Schizophrenie durch sein Konzept der *Affektlogik*. Sein Ausgangspunkt ist, dass Fühlen und Denken, also Affekt und Logik, bei allen psychischen Leistungen zusammenwirken und sich gegenseitig beeinflussen. Eine zu starke emotionale Belastung beispielsweise durch anhaltenden Streit oder Verlusterlebnisse wäre, falls die entsprechende Vulnerabilität vorliegt, der Ausgangspunkt für das Übergehen in eine psychotische Krise, mit entsprechenden Denk- und Wahrnehmungsstörungen.

Aufgabe der Akutbehandlung in der Soteria sei es daher zunächst, eine emotionale Entspannung zu schaffen, worunter sich nach der Affektlogik auch das Denken und Wahrnehmen stabilisieren sollten. Die Kernpunkte der Soteria wie eine tragende, reizgeschützte Atmosphäre in einem möglichst normalen therapeutischen Milieu, basierend auf transparenter und behutsamer mitmenschlicher Begleitung durch wenige Bezugspersonen wurden beibehalten. Ciompi erweiterte das Konzept durch die Einführung eines *„weichen Zimmers“* in dem reizabgeschirmt und mittels tragender 1:1-Betreuung die Patienten durch akute psychotische Krisen begleitet werden konnten.

Wichtig war eine personelle Kontinuität mit Schichten, die bis zu 48 Stunden andauerten. In allen Phasen sollte eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen erfolgen, wobei Informationen in Bezug auf die Erkrankung und Behandlungsziele den Betroffenen, Angehörigen und Betreuenden gleichartig und auch im *Trialog* kommuniziert werden sollten.

In den letzten 15 Jahren wurden auch in Deutschland mehrere Soteria-Einrichtungen etabliert, zunächst in Zwiefalten und bei München. Gleichzeitig werden in allgemeinpsychiatrischen Abteilungen vermehrt milieutherapeutische Konzepte verwendet. Die zunächst antipsychiatrisch geprägten Soteria-Konzepte wurden im Sinne einer Synthese weiter adaptiert, sodass eine primär medikamentenfreie Behandlung schizophrener Psychosen aktuell kaum noch vertreten wird. Diese Entwicklung wurde unterstützt durch die Verfügbarkeit von nebenwirkungsärmeren und auf Negativsymptome wirkende Antipsychotika, die zudem in deutlich niedrigeren Dosierungen verordnet werden.

Im Sinne von Partizipation und Authentizität werden Soteria-Bewohner frühzeitig in alle Entscheidungsprozesse einschließlich einer Medikation einbezogen, wobei als Ziel eine möglichst nebenwirkungsarme antipsychotische Pharmakotherapie und die selbstverantwortliche Einnahme der Medikation als Rückfallprophylaxe definiert wird. Als wichtiger Erfolgsindikator von Soteria-Einrichtungen werden interessanterweise eine letztlich höhere Langzeitadhärenz und

geringere Wiederaufnahmeraten und damit langfristig geringere Behandlungskosten aufgeführt. In diesem Sinne ist auch die Forderung nach einer systematischen Nachbetreuung unter Einbeziehung des sozialen Netzes, mit Fokus auf Frühwarnsymptome und Bewältigungsstrategien, und einer medikamentösen Rückfallprophylaxe Teil der modernen Behandlungskonzepte vieler psychiatrischer Abteilungen.

Eine weitere Adaptation stellen sogenannte *„Soteria-Stationen“* innerhalb psychiatrischer Kliniken dar, die von dem ursprünglich geforderten klinikfernen Milieu (z.B. einer ausgebauten Villa) abweichen. Eine weitere Einführung von Soteria-Elementen in den gesamten Bereich der integrierten Versorgung psychotischer Störungen könnte so im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Ansatzes ermöglicht werden.

Leitlinien für (akutpsychiatrische) Stationen mit integrierten Soteria-Elementen

Das Konzept der Soteria unterliegt bei den aktuellen baulichen und gesundheitsökonomischen Bedingungen deutlichen Einschränkungen, die einer stärkeren Verbreitung der klassischen Soteria entgegenstehen. Im Zuge der Psychiatriereform wurden psychiatrische Abteilungen bevorzugt in Allgemeinkrankenhäusern gegründet, sodass ein klinikexternes Setting kaum möglich ist. Die langen Schichten von 24–48 Stunden durch die Soteria-Betreuenden sind für die meisten Beschäftigten nicht durchführbar oder gewünscht. Die wenigen in Deutschland verfügbaren Soterias sind fast immer voll belegt. In Bezug auf das Patientenkollektiv werden zumeist jüngere Menschen mit akuten schizophrenen Psychosen aufgenommen. Patienten, die als akut selbst- oder fremdgefährdend eingeschätzt werden, und bei denen eine Bündnisfähigkeit bzw. Freiwilligkeit nicht gegeben ist, werden meist nicht in einer Soteria behandelt. Weitere Ausschlusskriterien können eine bestehende Abhängigkeitserkrankung, insbesondere durch Alkohol, Medikamente und Drogen darstellen. Selten notwendige Zwangsmaßnahmen finden in dem Milieu einer Soteria meist nicht statt.

Als eine Alternative konnten in etlichen psychiatrischen Kliniken sogenannte „Soteria-Elemente“ in den klinischen Alltag integriert werden. Zum einen bedeutet dies, dass diese Stationen offen geführt werden, wohnlicher umgebaut und ggf. verkleinert werden. Zum anderen ist ein Perspektivwechsel der Betreuenden, Angehörigen aber auch der Patienten notwendig. Soteria bedeutet auch Authentizität, solidarische Gemeinschaft und Übernahme von Selbstverantwortung bei allen Beteiligten, also auch durch die Patienten.

Bei Überlegungen zur Umsetzbarkeit des Soteria-Konzepts in den Alltag einer psychiatrischen Akut-Station wurden von V. Bonnet und W. Machleidt (Soteria-Netzwerk o.J.) einige Kriterien erarbeitet, die Sie als Anregungen zur Gestaltung des Stationsmilieus verstehen sollten. Eine durchaus kritisch reflektierende Anpassung dieser Konzepte an die Gegebenheiten und Machbarkeiten in Ihrer psychiatrischen Abteilung oder Station kann dabei ein sehr lohnenswertes Ziel darstellen. Dabei geht es uns weniger um die Idee, dass zukünftig möglichst viele Akutstationen den Beinamen „mit integrierten Soteria-Elementen“ tragen, als

dass diese Elemente bei konsequenter Umsetzung das funktionelle Outcome der Patienten verbessern und gleichzeitig die Zufriedenheit bei Patienten und Behandlern steigern können.

Leitlinien und Kriterien für (akutpsychiatrische) Stationen mit integrierten Soteria-Elementen (Soteria-Netzwerk o.J.)

Rahmenbedingungen

- konzeptuelle und personelle Kontinuität während der Behandlung
- Behandlung im multiprofessionellen Team
- Supervision/gemeinsame Fortbildungen im multiprofessionellen Team
- Bezugstherapeutensystem und Konstanz der Behandler bei Wiederaufnahme
- Weiterbehandlung im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem

Grundhaltung

- zwischenmenschliche Beziehung als primärer Bestandteil der Therapie
- Dabeisein („being-with“) – durch den psychotischen Zustand begleiten
- „ganzheitliches Psychoseverständnis“ und Akzeptanz der Psychose-Erfahrung
- Individualisierung des Behandlungsprozesses mit Fokus auf das subjektive Erleben
- positive Erwartungshaltung in Bezug auf das erreichbare Funktionsniveau
- Förderung von Resilienz durch Anknüpfen an individuelle Ressourcen
- Stärken der Eigenverantwortung und eigenen Ziele

Milieutherapeutische Merkmale

- möglichst geringe Patientenzahl
- persönliches Milieu durch individuelle wohnlichere Gestaltung der Station
- Station als Begegnungs- und Kommunikationsraum
- offene Stationstür
- klinische Hierarchie minimiert bei prinzipieller Gleichwertigkeit der Teammitglieder
- Aufgabenteilung und Mitbestimmung bei der Gestaltung des stationären Alltags
- Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozess

Therapeutische Interventionen

- Aufnahme durch Bezugstherapeuten ohne vorgeschaltete zentrale Aufnahme
- an den Bedürfnissen des Patienten orientiertes Aufnahmegespräch
- Orientierung gebende Hilfestellungen
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit Regulierung von Nähe und Distanz
- unterstützende, tragende Haltung des Teams
- empathisches Verstehen, auch der psychotischen Symptomatik
- kontinuierliche Behandlungsplanung gemeinsam mit dem Patienten
- behutsamer Umgang mit Psychopharmaka
- selbständiger eigenverantwortlicher Umgang mit Medikamenten
- Möglichkeit der Begleitung im weichen Zimmer und 1:1-Kontakt bei Bedarf
- biographische Integration des psychotischen Erlebens
- Gruppenzusammenkünfte zum Leben und Lernen in der Gemeinschaft
- kontinuierliches Einbeziehen des sozialen Umfelds
- bedürfnisorientierte familiäre Unterstützung

Literaturempfehlung

Aebi E, Ciompi L, Hansen H (Hrsg.) (2013) Soteria im Gespräch: Über eine alternative Schizophreniebehandlung. Erweiterte Neuauflage. Paranus-Verlag Neumünster

Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M (Hrsg.) (2011) Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung – kritisch durchleuchtet. Carl-Auer Verlag Heidelberg

Mosher LR (2001) Soteria-California and its successors: Therapeutic ingredients. In: Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M (Hrsg.) Wie wirkt Soteria? – Ein atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet. Carl-Auer Verlag Heidelberg

Mosher LR, Burti L (1992) Psychiatrie in der Gemeinde. Grundlagen und Praxis. Psychiatrie-Verlag Bonn

Mosher LR, Hendrix V, Fort D (2004) Soteria: Through Madness to Deliverance. Xlibris-Verlag USA

Nischk D, Merz P, Rusch J (2014) Aktuelles aus der Soteria – Die Förderung lebenspraktischer und sozialer Fertigkeiten von Menschen mit Schizophrenien aus phänomenologischer Sicht. Psychiatrische Praxis 41(01), 45–49

Soteria-Netzwerk (o.J.) Kriterien für Soteria-Einrichtungen. URL: http://www.soteria-netzwerk.de/krit-einrich.htm (abgerufen am 18.02.2015)

Soteria-Netzwerk (o.J.) Kriterien für (akutpsychiatrische) Stationen mit integrierten Soteria-Elementen. URL: http://www.soteria-netzwerk.de/krit-station.htm (abgerufen am 18.02.2015)

4. Der manische Patient

Sophie Sommerick

Manische Patienten stellen durch ihre auffälligen Verhaltensmuster den Psychiater in einer Klinik vor eine Reihe von Herausforderungen. Symptome einer Manie reichen von deutlich gehobener, heiterer Stimmung, grenzenlosem Optimismus, Antriebssteigerung, Rededrang, sexualisiertem Verhalten, Kaufrausch und Größenideen bis zu einer oft unangenehmeren gereizten Stimmungslage mit ablehnendem, fremdaggressivem, distanzgemindertem Verhalten. Zudem besteht meist eine geminderte oder fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht. Medikamentöse Therapien lehnen die Patienten zu Beginn oft ab und wenn sie bereit sind, Medikamente einzunehmen, tritt der antimanische Effekt erst verzögert ein. Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung, die Interaktion mit dem Patienten und die gemeinsame Arbeit des Teams stellen daher gerade zu Beginn die mitunter wichtigsten Bausteine der Therapie dar. Als Arzt in der psychiatrischen Klinik wird man in unterschiedlichen Situationen mit akut manischen Patienten konfrontiert. Zum einen im Erstkontakt in der Notaufnahme: Hierbei steht der Arzt oft den Problemen Fremdaggression, Distanzminderung und Ablehnung gegenüber und soll möglichst Vertrauen aufbauen und zu einer Behandlung motivieren. Und zum anderen als behandelnder Arzt in der Akutphase der ersten Tage bis Wochen auf der Akutstation: Im Vordergrund stehen vor allem die Schaffung einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung, die Motivation zur Behandlung und das Erarbeiten eines individuellen Behandlungskonzeptes.

Schwerpunkt dieses Kapitels soll nicht die medikamentöse Differenzialtherapie sein (vgl. hierzu Literaturempfehlung). Im Folgenden sollen vielmehr nicht-medikamentöse und interaktionelle Möglichkeiten des Arztes beleuchtet werden v.a. mit dem Ziel, Berufseinsteiger besser auf gelegentlich unangenehme Situationen vorzubereiten und praktisch anwendbare Ratschläge zu geben.

Umgang mit bedrohlich auftretenden Patienten

Als oberstes Gebot gilt: Selbstschutz geht immer vor! Oft werden manische Patienten durch die Polizei und die Feuerwehr in die Notaufnahme gebracht. Man sollte immer nach Fremdaggression im Vorfeld und während der Fahrt ins Kran-

kenhaus fragen. Bei beschriebener oder vorbekannter Fremdaggression bzw. auch bei „ungutem Bauchgefühl“, eindeutigen Zeichen von Anspannung, expliziter Ablehnung der stationären Behandlung bei ggf. bestehender Notwendigkeit der Unterbringung nach dem Psych-KG sollten Sie die Polizei immer bitten, so lange zu bleiben, bis die Situation geklärt ist, der Patient auf der Station angekommen ist und man vor Ort entschieden hat, ob weitere Maßnahmen (z.B. 1:1-Betreuung, Fixierung oder Zwangsmaßnahmen) notwendig sind.

Generell empfiehlt es sich bei manischen Patienten, auch wenn sie nicht von der Polizei vorgestellt werden, jemanden mit in das Erstgespräch zu nehmen oder die entsprechenden Notfallalarmiersysteme bei sich zu tragen, wenn die Klinik mit einem Alarmsystem ausgestattet ist.

Kontaktaufbau zum manischen Patienten

Der erste Patientenkontakt ist oft entscheidend zur Vertrauensförderung für die gesamte Behandlung. Es ist Ziel, den Patienten zu einer freiwilligen Behandlung zu motivieren.

Hierfür ist wichtig, sich zu überlegen, was einem manischen Patienten die Situation der Noteinweisung in die Psychiatrie erleichtern könnte. Bis zum Gespräch mit dem Psychiater sind die Patienten vermutlich auf viel Ablehnung gestoßen und können aufgrund der deutlich eingeschränkten Krankheitseinsicht, der deutlichen Kritikminderung und der Risikobereitschaft die Ablehnung durch die Umwelt kaum verstehen.

- Es ist hilfreich, sich zunächst einzufühlen. Wie reagiert der Patient überhaupt auf den Kontakt mit dem Arzt? Kann er sich auf ein Gespräch einlassen? Welche Themen spricht der Patient von sich aus an, sind ihm also wichtig?
- Schenken Sie dem Patienten Aufmerksamkeit, ertragen Sie ein bisschen seine Logorrhoe und haken Sie ab und zu im Gesprächsfluss nach. Das gibt dem Patienten das Gefühl, dass wirklich Interesse an dem Gesagten besteht.
- Versuchen Sie auch bei deutlichen formal gedanklichen Störungen des Patienten, ein Gespräch zu entwickeln. Die reine Abfrage des psychopathologischen Befundes ist aufgrund von Konzentrationsmangel, Ablehnung und Unruhe oft weder durchführbar noch zielführend. Die wichtigsten Befunde erhält man meist schon durch Beobachten und Zuhören. Natürlich müssen wichtige Dinge wie Suizidalität abgeprüft werden, aber auf Rechenaufgaben zur Konzentrationsprüfung kann beim Erstkontakt meist verzichtet werden.
- Benutzen Sie möglichst einfache Umgangssprache.
- Lassen Sie Lob, Anerkennung und Wertschätzung mit in das Gespräch einfließen. Betonen Sie, dass Ihnen das Wohl des Patienten am Herzen liegt.
- Fragen Sie gezielt nach Wünschen des Patienten in der akuten Situation. Telefonate mit Angehörigen, ein Becher Wasser o.ä. aktiv anbieten.
- Manchmal hilft „Ablenkung“, um eine Situation zu entschärfen und einen vertraulichen Zugang zum Patienten zu erhalten. Die berühmte „Deeskalationszigarette“ sollte ermöglicht oder angeboten werden. Manche Akutstation hat einen angeschlossenen Garten, in welchem man eine vertraulichere Atmosphä-

re für ein Gespräch schaffen kann. Auch die Bank vor der Notaufnahme ist manchmal entspannter für den Patienten als die räumlichen Gegebenheiten in der Klinik.

- Es gibt auch Situationen, in welchen ein Mitglied des Pflegepersonals einen deutlich besseren Zugang zum Patienten herstellen kann. Man sollte nicht zu stolz sein, diesen Vorteil zu nutzen. Manchmal kennt das Pflegepersonal den Patienten schon, den man als junger Arzt zum ersten Mal trifft, oder „die Chemie stimmt gerade besser“. Beobachten Sie das Gespräch und bitten Sie den entsprechenden Mitarbeiter, wichtige Fragen anzusprechen. Wenn Sie so als „Team“ auftreten, haben Sie möglicherweise auch einen besseren Zugang zum Patienten.
- Sprechen Sie gegenüber dem Patienten an, wenn Sie sich von ihm bedroht fühlen und fragen sie ihn ggf. was er denn selbst beisteuern könne, um Sie zu schützen.

Eigene Ressourcen erkennen

Gerade zu Berufsbeginn ist es schwierig, seine Rolle als Arzt/Psychiater zu finden und diese im Patientenkontakt gezielt einzusetzen. Sie sollten sich jedoch bewusst machen, wie Sie auf andere wirken. Dadurch können Probleme, aber auch Möglichkeiten in der Interaktion entstehen.

Beispiele

Ein großer kräftiger Arzt kann möglicherweise zunächst bedrohlich auf einen Patient wirken. Ressource kann jedoch sein, dass er eher als Autorität wahrgenommen wird und sich im Notfall ggf. besser wehren kann.

Demgegenüber wirkt eine kleine, junge Ärztin oft erst einmal nicht bedrohlich oder provozierend und kann daher möglicherweise zu manchem Patienten schneller einen vertraulichen Kontakt herstellen. Dafür sieht sie sich möglicherweise mit Distanzminderung und sexuellen Anspielungen konfrontiert.

Natürlich zählen für solche Aspekte einer Beziehungsaufnahme nicht nur Äußerlichkeiten, es soll jedoch verdeutlichen, dass jeder von uns auf z.T. recht unterschiedliche Weise von anderen wahrgenommen wird. Insgesamt hilft es am besten, sich nicht zu verstellen, sondern seine Ressourcen zu kennen und zu stärken.

Gestaltung des Behandlungsverlaufes

Ziel ist es, ein gemeinsames individuelles Behandlungskonzept zu finden und zur ambulanten Weiterbehandlung zu motivieren.

- Gehen Sie im medizinisch vertretbaren Rahmen auf Wünsche des Patienten ein. Nehmen Sie Bedenken und Vorurteile gegenüber einer Medikation ernst. Die medikamentöse Therapie entspricht häufig keinem „Raster“. Einnahmezeiten richten sich gelegentlich nach speziellen Wünschen der Patienten oder sind davon abhängig, wann der Mitarbeiter mit dem größten Vertrauensverhältnis zum Patienten Dienst hat.

- Es ist natürlich bei allen Patienten wichtig, deren Biographie gut zu kennen. Gerade jedoch bei manischen Patienten sind durch die Erkrankung z.T. tragische Veränderungen im Leben aufgetreten. Oft stehen die Patienten vor einem schwierigen Neubeginn, haben Kontakt zu und Anerkennung durch Vertrauenspersonen verloren oder sind enttäuscht vom eigenen Lebenslauf. Trotz Größenideen und Optimismus entwickelt sich im Verlauf meist ein Verständnis für die missgünstige Lage. Betonen Sie Ihre Wertschätzung des Patienten, helfen Sie bei der Suche nach neuen Perspektiven und vor allem: Nehmen Sie eine ggf. unterliegende deprimierte oder verzweifelte Stimmungslage wahr und sprechen Sie diese vorsichtig an.

Wahren Sie soweit wie möglich die Autonomie des Patienten

- Der manische Patient kostet Zeit! Ständig neue Ideen, Rededrang, wechselnde Affekte, Konflikte mit Mitpatienten oder Verstoß gegen Stationsregeln führen zu einem hohen Gesprächsbedarf. Es empfiehlt sich, Kurzkontakte selbst anzubieten, anfangs auch mehrfach täglich und am besten den nächsten Kontakt (Visite, erneuter Kurzkontakt o.ä.) zeitlich festzulegen.
- Es ist hilfreich, wichtige Gespräche und Behandlungsabsprachen gemeinsam mit Psychologen, Sozialarbeitern oder Mitarbeitern der Pflege durchzuführen. Zudem ist dies eine gute Möglichkeit, sich Feedback von Erfahrenen einzuholen.
- Angehörige/Vertrauenspersonen sollten möglichst von Beginn miteinbezogen werden. Das kann das Vertrauen zum Patienten fördern. Außerdem können dadurch z.B. Ausgänge in Begleitung schneller ermöglicht werden.
- Psychoedukative Gespräche sind gerade zu Beginn oft nicht im Gruppenprogramm der Stationen möglich, sondern müssen in Einzelkontakten geführt werden. Gehen Sie am Anfang auf Symptome ein, die den Patienten möglicherweise selbst stören, wie Schlafstörungen, Unruhe oder Konzentrationsmangel. Im Verlauf sollten die Themenschwerpunkte zunehmend auf Wahnkorrektur, Krankheitsprognose und Notwendigkeit der ambulanten Weiterbehandlung liegen.
- Im Umgang mit Distanzminderung und sexuellen Anspielungen hat jeder sein eigenes Maß, wann eine klare Grenze gesetzt werden muss. Bis zu einem gewissen Grad, kann „Geflirte“ seitens des Patienten genutzt werden, um zum Beispiel zur Medikamenteneinnahme zu bewegen. Wenn es jedoch störend ist, hilft es, betont sachlich zu bleiben. Sollte das nicht ausreichen, sollten Sie das Problem klar ansprechen und den Patienten wieder zurück auf die Behandlung orientieren (z.B. „das geht zu weit“ oder „es geht in diesem Gespräch um die Therapie Ihrer Erkrankung“). Manchmal kann aber auch ein Wechsel des Behandlers nötig werden. Gerade für solche Situationen gilt: Tauschen Sie sich mit Ihrem Team aus und zögern Sie nicht, auch Ihren Oberarzt zu bitten, Sie beim Setzen von Grenzen zu unterstützen.

Zusammenfassung

Ihre größte Ressource im Umgang mit manischen Patienten ist oft Ihr Team, nutzen Sie diesen Vorteil. Geben Sie manischen Patienten das Gefühl von Wertschätzung und lernen Sie eigene Ressourcen im Umgang mit diesen Patienten kennen und stärken. Wir sind in diesem Kapitel auf besonders schwierige oder unangenehme Situationen eingegangen wie sie in der Akutbehandlung häufig auftreten. Es sollte aber nicht vergessen werden: Die Behandlung manischer Patienten kann aufgrund des überspringenden Optimismus oft erfrischend sein und den Alltag deutlich aufhellen.

Literaturempfehlung

Benkert O, Hippius H (2014) Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 10. Aufl. Springer Verlag Heidelberg

Berger M (2014) Psychiatrische Erkrankungen. 5. Aufl. Urban & Fischer München

Dörner K (2013) Irren ist menschlich. 22. Aufl. Psychiatrie Verlag Köln

Ebert D (2011) Psychiatrie systematisch. 8. Aufl. Uni-Med-Verlag Bremen

Jacob G, Lieb K, Berger M (2009) Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Fischer München

5. Die Psychotherapie in der Facharztausbildung

Christoph Schade, Annegret Dreher und Claudia Dambacher

Zwischen Couch und Wirklichkeit

Sie haben sich für die Aus- und Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie entschieden. Dies ist einer der wenigen Facharzttitel, der zwei Qualifikationen beinhaltet. Man stelle sich nun einmal vor, es gäbe einen Facharzt für Innere Medizin und Chirurgie oder Augenheilkunde und Dermatologie. Diese Facharztkombinationen würden schon allein durch die Fülle der Fachinhalte eher abschreckend wirken. Nun haben Sie sich sogar für eine Facharztausbildung entschieden, die auch noch eine Qualifikation beinhaltet, die den „normalen" Bereich der Schulmedizin verlässt. Warum eigentlich? Reicht Ihnen die Somatik nicht schon aus? Wir gehen mal davon aus, dass genau diese Kombination den Reiz für Sie ausmacht.

Durch diese Komplexität ergeben sich aber auch erhebliche Probleme in dieser Facharztausbildung, die ein Ungleichgewicht der Ausbildungsinhalte zur Folge haben können. Die Facharztausbildung zum Psychiater und Psychotherapeuten findet überwiegend in psychiatrischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern oder psychiatrischen Fachkrankenhäusern statt. Diese Kliniken sind meist mit dem Versorgungsauftrag für bestimmte Regionen beliehen. Entsprechend stehen häufig akutpsychiatrische Krankheitsbilder im Vordergrund der Behandlung, nicht diejenigen, die Sie eventuell im Rahmen einer eigentlichen Psychotherapie kennenlernen würden. Die Kliniken wählen unterschiedliche Ansätze in der Behandlung. Überwiegend wird ein störungsspezifisches Konzept verfolgt, einige Kliniken favorisieren jedoch eine größere Durchmischung von

Störungsbildern und Therapieverfahren, sodass schnell der Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten ihrer Ausrichtung und Spezialisierung verloren gehen kann oder gar nicht erst entsteht. Damit Sie jedoch nicht völlig den Mut und das Interesse verlieren, wollen wir Ihnen in den nächsten Zeilen auf der einen Seite einen kleinen Überblick geben sowie auf der anderen Seite mögliche Perspektiven aufzeigen.

Die Patienten und ihre Störungsbilder

Der Weg der Patienten in die Klinik erfolgt zum größten Teil über Notaufnahmen oder nach fachärztlicher Einweisung. Meist handelt es sich um akute Zustandsbilder, wie Exazerbationen von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder affektive Erkrankungen, delirante Zustandsbilder, Intoxikationen im Rahmen von Suchterkrankungen oder suizidale Handlungen sowie Krisen bei Persönlichkeitsstörungen. Im Gegensatz zu psychosomatischen bzw. rehabilitativen Einrichtungen werden die meisten Patienten nicht elektiv aufgenommen, sondern in Notfallsituationen. Das bedeutet: Machen Sie sich auf stressige, aber auch interessante Situationen gefasst!

Die Facharztausbildung – eine Bestandsaufnahme

Die Facharztausbildung umfasst schwerpunktmäßig den psychiatrischen bzw. den biologischen Ansatz. Dies hat zur Folge, dass trotz der formalen Bezeichnung des Facharzttitels „Psychiatrie und *Psychotherapie*" ein deutliches Übergewicht in der Vermittlung psychiatrisch-biologischen Wissens liegt und die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten häufig unzureichend vermittelt werden.

In der Psychotherapieausbildung gehen die Weiterbildungsbeauftragten der Kliniken unterschiedliche Wege. Einige bieten die Psychotherapieausbildung in der eigenen Abteilung an; dabei werden die Ausbildungsinhalte häufig von Oberärzten oder psychologischen Mitarbeitern vermittelt. Der praktische Teil wird dann in der eigenen Fachabteilung unter Bedingungen angeboten, die im Grunde nicht denen einer Richtlinienpsychotherapie entsprechen. Andere Kliniken gehen hingegen Kooperationen mit Psychotherapieinstituten ein, die eher auf die Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten und den ambulanten Bereich ausgerichtet sind. Entsprechend erfolgt die Vermittlung der theoretischen Inhalte und die Durchführung der praktischen Therapiestunden außerhalb der Kliniken an den jeweiligen Instituten. Beide Konzepte haben daher Vor- und Nachteile.

Findet beispielsweise die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung in der eigenen Abteilung statt, steht die Versorgung von Akutpatienten im Vordergrund. Die psychotherapeutischen Behandlungen von Angsterkrankungen, Essstörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen können in diesem Setting nicht in erforderlichem Umfang gewährleistet werden. Allenfalls kann beispielsweise eine komorbide depressive Störung im Sinne einer Krisenintervention bzw. stationären Behandlung adäquat behandelt werden. Zudem besteht für die oben angeführten Störungsbilder häufig keine

klare akut-psychiatrische bzw. stationäre Behandlungsindikation. Vereinfacht formuliert: Diese Patienten kommen nicht auf eine Akutstation oder bleiben nicht so lange, bis eine adäquate Störungsdiagnostik (beispielsweise einer zugrunde liegenden Persönlichkeitsstörung) oder eine „Psychotherapie" im eigentlichen Sinne beginnen könnte. Allenfalls können im stationären Rahmen eine basale Diagnostik erfolgen und Hypothesen bzgl. zugrunde liegender weiterer Störungsbilder angestellt werden. Hier bietet ein mehrwöchiger stationär-psychiatrischer Aufenthalt wiederum gute Möglichkeiten zur längerfristigen Verhaltens- oder beispielsweise Interaktionsbeobachtung.

Fazit: In der Klinik findet wenig Psychotherapie statt!

Bei einer Verlagerung der psychotherapeutischen Ausbildung in Ausbildungsinstitute außerhalb der Klinik steht nun wiederum die Versorgung von Akutpatienten, wie sie sich in der Klinik befinden, nicht im Vordergrund, sondern eine längerfristige ambulante Behandlung mittels eines Richtlinienverfahrens. So werden die Behandlungen anders gelagerter Störungsbilder und der Einsatz anderer psychotherapeutischer Methoden ermöglicht. Die ambulante Behandlung neben der Kliniktätigkeit bedeutet eine Menge Vor- und Nachbereitungszeit sowie einen stetigen Perspektivenwechsel.

Fazit: Ambulant lässt tiefer blicken, bedeutet jedoch auch mehr Arbeit!

So stehen Sie in der Weiterbildung vor zwei wesentlichen Entscheidungen: Welches anerkannte Psychotherapieverfahren ist zu wählen (beispielsweise Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie) und – mit Hinblick auf Ihre weitere ärztliche Tätigkeit – in welchem Umfang widmen Sie sich dem psychotherapeutischen Teil der Ausbildung und in welcher Klinik werden Sie diesbezüglich am besten unterstützt?

Nach initialem Boom und großen therapeutischen Hoffnungen, die sich mit der Entwicklung der Psychopharmaka verbanden (nicht zuletzt gefördert durch die Pharmaindustrie), hat sich in den vergangenen Jahren gezeigt, dass viele dieser Erwartungen nicht erfüllt werden konnten. Die wirklich spannenden Entwicklungen gab es hingegen bei vielen Störungsbildern in neuen psychotherapeutischen Verfahren.

Wie kann Ihre Ausbildung diesen Entwicklungen gerecht werden?

Die Vorgaben der Ärztekammern sind hier wenig hilfreich. Die Zusammenstellung der geforderten psychotherapeutischen Ausbildungsinhalte wirkt recht konstruiert und nicht bedarfsgerecht. So hat die Gruppen- und Einzelselbsterfahrung ein deutliches Übergewicht, die Vermittlung von theoretischen Ausbildungsinhalten und praktischen Erfahrungen durch die Ableistung von Therapiestunden steht dafür aus nicht nachvollziehbaren Gründen im Hintergrund.

Im Idealfall sollte die psychotherapeutische Ausbildung die Behandlung von akut psychisch kranken Menschen im stationären oder teilstationären Setting, aber auch die weiterführende Versorgung im ambulanten Rahmen berücksichtigen.

Sie und der Patient können davon profitieren, wenn sich die Behandlung nicht nur auf eine Phase der Krankheit beschränkt, sondern der Patient durch einen

Therapeuten von der akuten Krankheitsphase bis zur ambulanten Weiterbehandlung begleitet wird. Dies bietet die Möglichkeit, die unterschiedlichen Stadien der Erkrankung zu und die jeweils erforderlichen Interventionen in Anlehnung an das bio-psycho-sozialen Modell im Sinne eines schlüssigen Gesamtkonzeptes wirksam zu gestalten.

Fazit: Sehen Sie sich die psychotherapeutischen Möglichkeiten in unterschiedlichen Settings an!

Wie sollte nun konkret die Behandlung eines solchen Patienten unter diesen Gesichtspunkten aussehen?

Fallbeispiel

Ein Patient mit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwerer depressiver Episode und bestehenden Suizidgedanken wird über die Notaufnahme einer psychiatrischen Klinik auf eine Akutstation aufgenommen. Er ist ablehnend, verweigert jede Zusammenarbeit, schreit herum, beleidigt Sie und entwertet die therapeutischen Bemühungen. Die Behandlung erfolgt zunächst nicht auf freiwilliger Basis; der Patient bagatellisiert die Schwere der depressiven Symptomatik und seine Suizidgedanken. Sie als zuständiger ärztlicher Behandler sind zunächst gezwungen, freiheitsentziehende Maßnahmen gegen den Willen des Patienten in die Wege zu leiten. Dies ist bereits ein Umstand, der für den Beginn einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie undenkbar wäre.

Trotz dieser ungünstigen Ausgangssituation besteht die Möglichkeit, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen. Lassen Sie sich trotz dieser anfänglichen Ablehnung nicht entmutigen: Nur sehr selten sind Patienten dauerhaft dranghaft suizidal!

Die folgenden Maßnahmen können helfen, einen therapeutischen Zugang zu dem Patienten zu erreichen, eine tragfähige, komplementäre (d.h. auf die Bedürfnisse des Patienten orientierte) therapeutische Beziehung aufzubauen:

1. Problemanalyse und Sortierung, Zielklärung
2. Aufbau einer Therapie- ggf. sogar Veränderungsmotivation
3. Diagnostik, sowie Entwicklung eines minimalistischen Störungs- und ggf. Veränderungsmodells
4. Stabilisierung und Aufbau der Belastbarkeit
5. Vermittlung an weitere Behandlungsmöglichkeiten, zum Beispiel tagesklinische oder Rehabilitationsbehandlungen

Auch kleine Schritte sind Fortschritte – in dem geschilderten Fall ist auch der Übergang von einer nicht-freiwilligen zu einer freiwilligen Behandlung ein großer Schritt.

Für die Begleitung des Belastbarkeitsaufbaus bietet der vollstationäre Rahmen Möglichkeiten, die einem ambulanten Therapeuten nicht zur Verfügung stehen. So können die psychotherapeutischen Maßnahmen, Medikation, ergo- und physiotherapeutische Maßnahmen sowie sozialmedizinische Behandlungsanliegen und andere Rahmenbedingungen aufeinander abgestimmt werden.

Der Beginn der nächsten Phase in Bezug auf das Fallbeispiel würde bedeuten: „Der Patient ist nicht mehr akut suizidal, erkennt, dass er unter einer Depression leidet und möchte sich freiwillig in Ihre Weiterbehandlung begeben."

Wie können Sie als Behandler in dieser Phase psychotherapeutische Elemente in die Behandlung einfließen lassen?

Durch die „freiwillige" Behandlung kann dem Patienten ein großer Teil der initial durch den Therapeuten abgenommenen Verantwortung zurückgegeben werden, was im Idealfall eine Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten über den Behandlungsverlauf bedeuten kann. Folgende Interventionen stellen eine *beispielhafte* Behandlung des Patienten aus dem Fallbeispiel auf einer Schwerpunktstation dar:

- Psychodiagnostik oder die Frage „Was hat der Patient neben der Depression?"
- Entwicklung eines allgemeinen, spezifischen und individuellen Störungsmodells bei genau diesem Patienten
- Zielklärung beispielsweise schriftlich festhalten und zu den Zielen passende Interventionen im Rahmen der Einzel- und Gruppenpsychotherapie-Sitzungen planen

Welche Themen könnten sich für den geschilderten Fall im Einzel- oder Gruppensetting ergeben?

Wenn Sie als Gruppentherapeut auf Ihrer Station eingesetzt werden, können Sie diesem Patienten Techniken im Umgang mit dysfunktionalen Gedanken und Veränderungsmöglichkeiten vermitteln und seine sozialen Kompetenzen steigern sowie angenehme Aktivitäten mit ihm planen.

Fragen

- Welche Tätigkeiten hat der Patient im Rahmen der depressiven Erkrankung vernachlässigt? Welche depressiven Denkmuster treten auf und welche Techniken können angewendet werden, um diese zu verändern?
- Welche zwischenmenschlichen Interaktionsprobleme haben möglicherweise zur Entwicklung der depressiven Symptomatik beigetragen oder traten erst durch die Depression auf?

Im Rahmen der Leitung der therapeutischen Gruppen haben Sie den wesentlichen Vorteil, dieses Interaktionsverhalten gewissermaßen in „Echtzeit" zu beobachten und im Idealfall therapeutisch zu nutzen.

Hilfreiche Fragen

- Was fällt in der Gruppe besonders auf?
- Wie verhält sich der Patient als Einzelperson in der Gruppe?
- Wie wirkt der jeweilige Patient auf Sie?
- Gibt es Besonderheiten oder Regelmäßigkeiten?

Als Einzeltherapeut könnten Sie die Interventionen in den Einzelgesprächen vertiefen sowie besondere Maßnahmen planen wie die Ehefrau zu einem Angehörigengespräch einladen, den Transfer des in der Gruppentherapie Erlernten planen oder individuelle Hindernisse besprechen.

Je nachdem wie die Fortschritte und die Belastbarkeit sowie Veränderungsmotivation des Patienten eingeschätzt werden, sollte die Therapie in einer Tagesklinik oder direkt im ambulanten Bereich erfolgen. Die vollstationäre Behandlung sollte wirklich nur so lange wie absolut notwendig dauern.

Den allermeisten Patienten wird durch eine Hospitalisierung nur geschadet.

Anhand des Fallbeispiels könnte dies so aussehen: „Der Patient hat sich weiter stabilisiert, eine tragfähige Medikation erhalten, erkennt sein Störungsbild der Depression, hat einige angenehme Aktivitäten aufgebaut und erarbeitet, dass seine zwanghaften Persönlichkeitsanteile sowie Konflikte mit der Ehefrau mit der Entwicklung der Depression zusammenhängen."

In der Tagesklinik könnten Sie diese psychotherapeutischen Elemente jetzt mit in die multimodale Therapie einfließen lassen:

- Verhaltensexperimente (bezogen auf die Reduktion der Zwanghaftigkeit)
- Vertiefung des Konfliktmanagements (bezogen auf die Beziehung zur Ehefrau; z.B. durch Rollenspiele)
- Übertragung von mehr Verantwortung für die Umsetzung des Erlernten sowie therapeutische Hausaufgaben – zur Vorbereitung der ambulanten Weiterbehandlung

Sollte eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie bestehen, so ergeben sich die Unterschiede in der fortführenden ambulant-psychotherapeutischen Weiterbehandlung ganz automatisch; allein schon durch die formalen Gegebenheiten: Sitzungsfrequenz durchschnittlich 1 x/Woche, erhöhte Vor- und Nachbereitungszeit und inhaltlich intensivierte Arbeit.

Fazit: So haben die jeweiligen Etappen und Settings eigene Chancen und Grenzen bzw. unterschiedliche Möglichkeiten, psychotherapeutische Elemente in die Behandlung zu integrieren.

Häufige Limitationen

Zu den am häufigsten bestehenden limitierenden Faktoren im Aufbau einer therapeutischen Beziehung zählt die Zeit. Sie als junges ärztliches Teammitglied sind durch die vielfältigen Aufgaben auf der Station, die zu leistenden Bereitschaftsdienste und Ihre eigene Ausbildung stark in Ihren Möglichkeiten eingeschränkt. Darüber hinaus haben Sie den Spagat zwischen einem „weißkitteltragenden Schulmediziner" und einem psychotherapeutisch tätigen Kollegen zu bewältigen.

Häufig neigt man als ärztlicher Behandler dazu, dem Patienten bestimmte Entscheidungen in eher direktivem Stil nahezulegen (zum Beispiel eine Empfehlung für eine gewisse Medikation) und ihn aufgrund vorliegender Ambivalenz mit der

ärztlichen Übernahme einer Entscheidung zu entlasten. Dies kann in deutlichem Widerspruch zu einer aus psychotherapeutischer Sicht notwendigen Verantwortungsübernahme durch den Patienten stehen. Besondere Bedeutung für Ihre Ausbildung und die Patientenbehandlung kommt dabei einer regelmäßigen Supervision (Einzel- und Gruppensetting) zu.

Diese Supervision sollte neben fachspezifischen Aspekten auch immer die Selbstreflexion des Ausbildungskandidaten berücksichtigen. Darüber hinaus sollte die Fallbesprechung auch in einer Gruppensupervision, welche durch einen erfahrenen Therapeuten geleitet wird, fortgesetzt werden. In vielen Ausbildungsinstituten und Kliniken hat sich in der Nachfolge zur „Balintgruppe" auch die Interaktionelle Fallarbeit (IFA) als Möglichkeit der Gruppensupervision entwickelt. Idealerweise sollte die Leitung dieser Gruppen nicht ausschließlich durch ärztliche Kollegen, sondern auch durch psychologische Kollegen und eventuell sogar therapieschulenübergreifend erfolgen.

Fazit: Machen Sie nicht den Fehler vieler Ihrer ärztlichen Kollegen, schon allein aufgrund des Arztseins selbst alles hinbekommen zu wollen. Supervision steht Ihnen zu und Sie sollten sich diese auch einfordern. Sie ist eine Notwendigkeit, Chance und stetiger Begleiter in guten wie in schlechten Tagen (Sitzungen)!

6. Exkurs: Internationale Kooperation European Psychiatric Association (EPA): Zurück in die Zukunft!

Cécile Hanon, Nikolina Jovanovic, Olivier Andlauer and Martina Rojnic Kuzman

Vorbemerkung der Herausgeber

Wir erachten die Mitarbeit gerade von jungen Ärzten im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie für wichtig: Sowohl auf nationaler, aber auch auf internationaler Ebene gibt es hierfür eine Reihe von Möglichkeiten, die Ihnen dabei helfen können, Ihren Horizont zu erweitern. Als Beispiel haben wir für den folgenden Beitrag die Europäische Psychiatrische Vereinigung (EPA) gewählt: Einige in dieser Organisation aktive junge Psychiater und Psychiaterinnen stellen Ihnen zusammen mit Cécile Hanon, der Leiterin des Ausbildungskomitees der EPA, deren für Sie vielleicht interessante Angebote vor und möchten Sie damit zur Mitarbeit ermuntern!

Die EPA bietet gerade für junge Psychiater vielfältige Möglichkeiten, sich innerhalb der psychiatrischen europäischen Fachöffentlichkeit international zu vernetzen.

Die jährlich stattfindende EPA Summer School in Strasbourg ist eine gute Gelegenheit, sich in entspannter Atmosphäre mit jungen Ärzten aus Europa auszutauschen.

Weitere Informationen finden Sie im folgenden Beitrag und können außerdem erfragt werden bei cecile.hanon@eps-erasme.fr.

The European Psychiatric Association – EPA – is an association that has as its mission improvement of Psychiatry and Mental Health Care in Europe. EPA's activities address the interests of psychiatrists in academia, research and practice throughout all stages of career development.

History and background

EPA was founded in October 1983 in the library of the Psychiatric Clinic of the University Hospitals of Strasbourg. The founding members were twelve French- and German-speaking University Psychiatrists: Professor Manfred Ackenheil † (Munich), Professor Peter Berner † (Vienna), Professor Daniel Bobon † (Liège), Professor Horst Dilling (Lübeck), Professor Henri Dufour † (Marseille), Professor Hans Heimann † (Tübingen), Professor Hans Hippius (Munich), Professor Michel Patris (Strasbourg), Professor Pierre Pichot (Paris), Professor Charles Pull (Luxembourg), Professor Werner Rein (Tübingen) and Professor Léonard Singer † (Strasbourg).

The association was initially given the name "Association of European Psychiatrists (AEP)", and changed to European Psychiatry Association (EPA) in 2008, in order to be in harmony with its international partners.

The objective of the founding members was to establish an Association of French and German Psychiatrists, which would promote European Psychiatry in the fields of research, treatment and teaching, three axes considered to be complementary. In the mind of its founding members, this Franco-German Association was to be the first step towards the creation of an Association gathering psychiatrists from all European countries.

In order to reach these goals, the association gradually set up the organisation of the annual European Congress of Psychiatry, as well as other regular scientific meetings, the publication of a scientific international journal (European Psychiatry), the awarding of research grants and the creation of sections, as working groups corresponding to sub-disciplines in psychiatry.

Nowadays, with active individual members in as many as 81 countries and 36 National Society/Association Members who represent over 77,000 European psychiatrists, the European Psychiatric Association is the main association representing psychiatry in Europe.

EPA programme of educational activities

Within its mission, EPA aims at improving continuing medical education in psychiatry and pays special attention to the younger generation of psychiatrists. It contributes to ensure the best possible training level as well as its harmonisation at European level, while taking into account national specificities of each country.

In order to achieve these goals, the EPA Committee on Education has expanded its domains of action and has defined a programme of educational activities, entitled "EPA Academia for Excellence in European Psychiatry".

Today, the EPA educational activities are organized around 3 axes:

EPA Academia Educational Courses, which have been organised within the scientific programme of the annual European Congress of Psychiatry since 2002. These courses are tailored to professionals in mental health field willing to access continuing medical education and international training programs, be informed about new scientific data and new medical techniques that are essential for their daily practice.

EPA Academia Itinerant Courses Programme, which is carried out throughout Europe in collaboration with national psychiatric associations and other EPA partners. EPA Itinerant Courses are usually organised during national congresses of psychiatry or as stand-alone events.

EPA Academia Summer School, which was launched in 2011 by Professor Henning Saß, former EPA President and Secretary for Education, with the aim to offer to most promising young psychiatrists from across Europe outstanding teaching on a subject rarely taught in the general curriculum of Psychiatry, which is Comorbidity between mental and physical disorders. The Summer School aims at developing the participants' ability to recognize comorbidity and provides theoretical and practical lessons on how to manage patients with both physical and mental disorders. Since 2011, four editions of the Summer School were organised, the last one taking place on 29 May – 1 June 2014 in Strasbourg (France), under the auspices of the Secretary General of the Council of Europe, Mr Thorbjørn Jagland. The Faculty of the 4th EPA Summer School consisted of *Norman Sartorius, Switzerland; Christoph Lauber, Switzerland; Albert Diefenbacher, Germany* and *Henk Parmentier, United Kingdom.*

A 4th axe of work is ongoing, and will be the implementation of Online Education and eLearning tools. It will allow more people to get educational courses out of the congress venue, with the same label of quality and excellence ensured by our association.

Special attention to Early Career Psychiatrists

Since last ten years, EPA has been focusing more and more on the needs of young psychiatrists. A special scientific track dedicated to psychiatrists at early stage of career, "Young Psychiatrists Program", was launched during the EPA congress in Geneva in 2004. The organising committee of this track became the Early Career Psychiatrists Committee (ECPC) in 2009 and implements various activities and projects to improve professional development for young psychiatrists.

The main activities consisted of the organization of a specific programme during the EPA congress, tailored for young psychiatrists (conversations, court debates, symposia and workshops) and the possibilities of scholarships and travel grants, research prize.

Since 2011, the activities of the ECPC expanded towards an action plan aimed to identify and address problems concerning early career psychiatrists in the various sectorial activities as well as to contribute to promote the professional development in Europe.

Subsequently, 4 "Task forces" were formed: research, publication, meetings & associations and professional development

The task force on research coordinates international research projects conducted by EPA ECPC at the European level, facilitate the involvement in research activities of young prominent scientists from other international associations and from previous winners of EPA awards, explore other possibilities to raise funds from non-governmental bodies and from European Commission and disseminate the results of the research projects in major European conferences and on high-quality scientific journals. The success of this task force is reflected in a number of successful projects that were subsequently published in relevant journals, as well as in obtaining the first EPA ECPC funding from one official EU funding Agency (eg. www.psylog.eu).

The task force on publication coordinates the production of papers and books relevant for early career psychiatrists. A number of important papers and even books were released thanks to the activity of this task force.

The task force on meetings & associations organises events or workshops on topics relevant for early career psychiatrists, and represents the ECPC at other national and international meetings.

The task force on professional development coordinates actions directed to the training of ECPs such as development e-learning materials/educational modules and conference presentations, advertises and helps to organize EPA educational activities, promotes the exchange of the ECPs among different European psychiatric centres and countries.

In 2014 the EPA-ECPC launched a new project entitled The Gaining Experience Programme. The aim is to promote intercultural professional exchange of knowledge and experience among young psychiatry specialists under 40 years of age and/or 5 years after passing the specialist exam from any European country (WHO definition of Europe). The program offers short observership placements in various psychiatric institutions across Europe, thus allowing applicants to broaden their clinical and/or research and/or teaching skills and knowledge, and become familiar with different mental health systems in Europe. The pilot phase (2014–2015) includes four placements in Switzerland, Israel, UK and Germany, with scholarships for successful applicants to help with travel, accommodation and other expenses.

Conclusion

At the time of the great upheavals in terms of knowledge, scientific advances, velocity of learning, related to the globalisation of knowledge, the digital revolution and its avatars, young psychiatrists must ride the wave … and EPA provides adequate "boards"!

The transmission and sharing of knowledge, both theoretical and practical, are organized and diffused differently, accelerate without doubt, but should not nonetheless lose in quality. Excellence acquired by the EPA faculty over the years remains a safe value, a value that is renewed and enriched.

The younger generations are the crucible of the future of our specialty, which is constantly moving, and EPA accompanies them throughout the trip.

As a former member of the EPA ECPC and current chair of the EPA Committee of Education, I have only one hope: that many of you decide to join our beautiful association and participate in its future!

Literature

www.europsy.net

Fiorillo A, Calliess I, Sass H (2012) How to Succeed in Psychiatry: A Guide to Training and Practice. Wiley publications Hoboken, NJ

Sachwortverzeichnis